Thesis LEIDEN 1965

SOCIAAL-GENEESKUNDIGE ASPECTEN VAN DE ARBEIDSVOORZIENING IN NEDERLAND

H. A. DE BOER

SOCIAAL-GENEESKUNDIGE ASPECTEN VAN DE ARBEIDSVOORZIENING IN NEDERLAND

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT TE LEIDEN, OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS Dr. D. J. KUENEN, HOOGLERAAR IN DE FACULTEIT DER WISKUNDE EN NATUURWETENSCHAPPEN, TEN OVERSTAAN VAN EEN COMMISSIE UIT DE SENAAT TE VERDEDIGEN OP DONDERDAG 29 APRIL 1965 TE 16 UUR

DOOR

HENDRIK ADAM DE BOER
geboren te Amsterdam in 1908

Drukkerij C. Vriens,
Den Haag.

PROMOTOR: PROF. DR. P. MUNTENDAM

Aan mijn vrouw
Aan Carel, Suus, Frits, Jet en Mieke.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/sociaalgeneeskun0000hend

INHOUD

		blz.
INLEIDING		7
Hoofdstuk I	HISTORISCH OVERZICHT	9
	Arbeidsbemiddeling vóór 1941	
	Arbeidsvoorziening sinds 1945	
Hoofdstuk II	TAAK EN WERKWIJZE VAN HET ARBEIDSBUREAU	32
	Voorbereiding voor normale arbeid	
	Verwijzing naar beschutte arbeid	
Hoofdstuk III	ARBEIDSGESCHIKTHEID	37
Hoofdstuk IV	HET GENEESKUNDIG ONDERZOEK BIJ DE ARBEIDS-VOORZIENING	43
	Verdeling naar diagnosen	
	Leeftijdverdeling	
	Verdeling naar beroepen	
	Resultaat van de arbeidsbemiddeling	
Hoofdstuk V	ARBEIDSBEMIDDELING VAN LIJDERS AAN AANDOENINGEN VAN HET CIRCULATIE-APPARAAT	66
	Hartziekten van arteriosclerotische aetiologie en ziekten van de coronaria	
	Myodegeneratio cordis	
	Hypertensie	
	Perifere arteriële vaatziekten	
	Varicosis van de onderste ledematen	
	Algemene opmerkingen	
Hoofstuk VI	DE ARBEIDSINPASSING VAN PERSONEN TUSSEN 40 EN 50 JAAR	94
	De betekenis van de oorzaak van invaliditeit	
	De invloed van het beroep	
Hoofdstuk VII	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	108
BIJLAGEN		119
GERAADPLEEGDE LITERATUUR		122

INLEIDING

Verantwoorde arbeidsvoorziening is meer dan arbeidsbemiddeling. Arbeidsbemiddeling beperkt zich tot het bijeenbrengen van werkzoekende en werkgever; arbeidsvoorziening houdt ook in, dat maatregelen worden genomen om de ontwikkeling van het arbeidspotentieel zo te leiden, dat een efficiënte aanpassing wordt verkregen aan de economische behoefte. Aangezien de economische behoefte afhankelijk is van de economische ontwikkeling, en dus wisselend is, moet de arbeidsvoorziening deze wisselingen volgen, en de ontwikkeling van de arbeidsmarkt zo goed mogelijk trachten af te stemmen op de prognose voor nabije en verdere toekomst.
Het richten van de arbeidsvoorziening op de toekomstige economische ontwikkeling heeft verschillende aspecten. In de eerste plaats zal aan de vraag van de economische situatie moeten worden voldaan door het beschikbaar stellen van voldoende arbeidskrachten, voldoende in aantal, voldoende in capaciteiten. Bij een goede planning is het binnen zekere grenzen mogelijk vooruit té bepalen welke behoefte zal toenemen, en in welke sectoren van het economisch leven de vraag zal verminderen. De arbeidsvoorziening heeft zich ook bezig te houden met de efficiënte aanwending van het reeds aanwezige arbeidspotentieel. Bij de planning moet derhalve rekening gehouden worden met het feit, dat niet alle arbeidskrachten kunnen worden ontwikkeld tot de maximale prestaties, die door de economische situatie worden verlangd. Ook voor de arbeidskrachten met beperkte mogelijkheden moet een passende plaats in het maatschappelijk bestel worden gevonden.
Tenslotte mag verwacht worden dat de maatregelen voor de ontwikkeling der arbeidskracht efficiënt worden aangewend. Wanneer gesteld mag worden dat de planning van de ontwikkeling der arbeidskrachten tot de taak van de overheid behoort, en dat de uitvoering van de noodzakelijke maatregelen zowel door particuliere organisaties als door de overheid kan geschieden, dan volgt hieruit, dat de selectie van de arbeidskrachten naar hun mogelijke ontwikkeling mede tot de taak van de overheid behoort.
Bij deze selectie speelt de lichamelijke en geestelijke geschiktheid van het individu een belangrijke rol. Een onderzoek naar deze kwaliteiten behoort als inhaerent deel aan de organisatie van de arbeidsvoorziening te zijn verbonden. Het doel van dit onderzoek is na te gaan welke plaats de sociaal-medische activiteiten in de arbeidsvoorziening innemen en hoe deze, tezamen met het psychologisch onderzoek, met vakopleiding en arbeidsbemiddeling tot een geïntegreerde arbeidsvoorziening worden gebundeld.
De geschiedenis der arbeidsvoorziening is duidelijk in twee delen te splitsen, nl. de activiteiten vóór 1941 en na 1945. Vóór 1941 is er alleen van arbeidsbemiddeling sprake; na 1945 volgt dan de ontwikkeling tot arbeidsvoorziening in de ruime betekenis, die hierboven werd omschreven; tot deze ontwikkeling heeft de rijksoverheid door verschillende maatregelen bijgedragen.
De periode 1941-45, de eerste jaren van het Rijksarbeidsbureau, is geen gelukkige start geweest, door het misbruik dat door de bezettende autoriteiten is gemaakt van de arbeidsbemiddelende organen. Het is opmerkelijk, dat in deze jaren een medische dienst aan het Rijksarbeidsbureau verbonden is geweest.
Zonder afbreuk te willen doen aan hetgeen door een deel der artsen, die hun medewerking aan deze dienst hebben gegeven, is gedaan ten voordele van de Nederlandse bevolking, moet uit de overgebleven documentatie geconstateerd worden, dat de medische activiteiten in deze periode niet tot de sociale geneeskunde mogen worden gerekend.

HOOFDSTUK I

HISTORISCH OVERZICHT

ARBEIDSBEMIDDELING VOOR 1941.

Waar arbeid in loondienst verricht moet worden, bestaat de behoefte aan een instantie die werkgever en werknemer met elkander in contact kan brengen. De werkgever heeft zelfs in de vroege tijden van onze historische ontwikkeling behoefte gehad aan een tussenpersoon om hem de benodigde arbeidskrachten te verschaffen. De arbeider kon zich in veel gevallen niet rechtstreeks tot de werkgever richten, maar werd door een vertegenwoordiger van de werkgever aangenomen. Bij kleine bedrijven bestond in den regel een nauwer contact tussen werkgever en aanstaande werknemer; bovendien werd duidelijk waarde gehecht aan de bekwaamheden van de werknemer. Toen de bedrijven groter werden en het aantal der gevraagde arbeidskrachten toenam, namen de bemiddelende tussenpersonen een steeds grotere plaats in en werd in veel gevallen minder scherp toegezien op de geschiktheid van de arbeider voor de te verrichten functie.
VAN DER HOUT beschrijft uitvoerig de praktijken van arbeidsbemiddeling in de oudheid (slavenhandel) en in de middeleeuwen, waarbij de door de gilden gestelde regelingen een belangrijke rol spelen. Bij de voorwaarden die bij deze vormen van arbeidsbemiddeling golden, - als men al van voorwaarden mag spreken - waren er zeker geen die er op gericht waren de lichamelijke geschiktheid van de toekomstige arbeider voor zijn werk na te gaan.
DE KORT acht de ombouw van de economische structuur van Nederland in de 19e eeuw de oorzaak van de ingrijpende veranderingen in de sociale positie van de arbeider, vergeleken bij die van de 18e eeuw. Deze structuurwijzigingen hebben tevens hun invloed gehad op de arbeidsmarkt en de technische organisatie daarvan.
In de eerste helft van de 19e eeuw is de arbeidsbemiddeling niet van grote betekenis geweest. Maar in de periode van 1850 - 1870 werden de moeilijkheden voor werkgevers en werknemers bij de gehele nijverheid groter dan in de voorafgaande jaren. De industrie krijgt grote behoefte aan gekwalificeerde krachten, die schaars zijn en behoudt vraag naar ongedifferentieerde arbeidskrachten. Het aanbod hiervan was veelal ruim terwijl ook liefdadigheidsinstellingen en openbare armbesturen bemiddelden. Van kroeg-bemiddeling hebben eigenaars van fabrieken zich zelden bediend. Dit gebeurde wel in de bouwvakken en in de scheepvaart.
In deze tijd treedt de particuliere arbeidsbemiddeling meer en meer op de voorgrond. In sommige plaatsen ontstaan verhuurkantoren van dienstboden en werksters; de combinatie van huurbazen en slaapbazen werd een belangrijke schakel in de bemiddeling van zeelieden. De koppelbazen zorgden voor de aanwerving van industrie-arbeiders. Deze bemiddeling leverde voor de bemiddelaar winsten op, die voor een groot deel door de geplaatste arbeider werden opgebracht, vaak uitgroeiend tot ongewenste uitbuiting der arbeiders.
In de periode na 1870 blijft het persoonlijk omzien naar werk en de locale samentrekking van vraag en aanbod van arbeidskrachten nog belangrijk. Deze wijze van arbeidsvoorziening vertoont grote economische en sociale nadelen en kan niet tot een efficiënte, landelijke bemiddelingsactiviteit voeren. De arbeidsbemiddeling met winstoogmerk werd uitgeoefend door personen, die een economisch rendabele bemiddelingsdienst zagen als een wettige werkzaamheid. GEWIN geeft gedetailleerde beschrijvingen van deze vormen van arbeidsbemiddeling. De uitwassen hiervan waren er de oorzaak van dat door werklieden- en vakverenigin-

gen bemiddelingspogingen voor hun leden werden ondernomen. De zeemansbond begon strijd tegen de bemiddeling door huur- en slaapbazen bij de aanwerving van zeelieden. Ook instellingen van liefdadigheid en armenzorg gingen zich intensiever bezig houden met de aanwijzing van arbeid aan hun verzorgden, terwijl tijdelijke en permanente werkverschaffingscomité's soms als arbeidsbeurs fungeerden. In 1886 stichtte de "Maatschappij voor de Werkende Stand" in Amsterdam een arbeidsbeurs. Soortgelijke organisaties ontstonden in Den Haag en in Rotterdam. In deze periode, de laatste decennia van de negentiende eeuw, beperkte de arbeidsbemiddeling zich tot het registreren van vraag en aanbod, en onthield zij zich van elke beoordeling van de aangeboden arbeidskrachten. Van een beoordeling van lichamelijke en psychische geschiktheid was bij deze vormen van arbeidsbemiddeling nog geen sprake.
De arbeidsbemiddeling door de overheid kwam in Nederland voor het eerst na 1900 tot ontwikkeling. Het inzicht dat arbeidsbemiddeling een groot openbaar belang is trad naar voren en de eerste openbare arbeidsbeurzen werden als gemeentelijke instellingen opgericht. DE KORT wijst erop, dat de artikelen van Verrijn Stuart in de Economist wezen op het buitengewone succes der gemeentelijke arbeidsbeurzen in het buitenland; hij stelde de ellendige toestand van de particuliere arbeidsbemiddeling in Nederland hiertegenover, zodat er van hem een grote propagandistische kracht uitging ten gunste van de openbare arbeidsbemiddeling. Met name beklemtoonde Verrijn Stuart, dat het economisch doel der arbeidsbemiddeling niet gediend kon worden door philantropische verenigingen. De door de gemeente op grond van hun sociale en economische verantwoordelijkheid opgerichte arbeidsbeurzen hadden in de eerste plaats locale betekenis. Hierbij staat aanvankelijk het arbeidersbelang zonder onderling groepsonderscheid op de voorgrond; de betekenis van speciaal beroeps- of bedrijfsbelang wordt pas later gezien. De eerste openbare arbeidsbeurs werd als een proef voor één jaar in 1902 in Schiedam geopend. Dit geschiedde vooral naar aanleiding van de toen bestaande werkloosheid en de grove wantoestanden bij de particuliere bemiddeling. Het proefjaar werd verlengd; andere plaatsen volgden. Haarlem stichtte zijn gemeentelijke arbeidsbeurs in 1905; in 1906 volgden 's-Gravenhage, Hilversum, Leiden en Venlo, in 1907 Arnhem en Groningen, in 1908 Enschede en Amsterdam. In 1908 was het bestaan van gemeentelijke arbeidsbeurzen reeds zo verbreid, dat zes beurzen besloten tot de oprichting van een "Vereeniging van Nederlandsche Arbeidsbeurzen". Hierin is de eerste poging te zien om tot een georganiseerde arbeidsbemiddeling te komen, die verder reikt dan het bijeenbrengen van de plaatselijke vraag en het plaatselijke aanbod. Zelfs maakte deze Vereniging een begin met een dienst voor internationale arbeidsbemiddeling, die aanvankelijk te Hamburg was gevestigd en later naar Oberhausen werd verplaatst.
De activiteit van deze Vereniging en de uitbreiding van het aantal en de activiteiten van de arbeidsbeurzen was aanleiding voor de Regering een Staatscommissie in te stellen met de opdracht het probleem der werkloosheid te onderzoeken en na te gaan welke maatregelen ter bestrijding hiervan konden worden aanbevolen. (1909). Het rapport van deze Staatscommissie, dat in 1914 verscheen bevatte niet alleen een gedetailleerd overzicht van hetgeen in en buiten Nederlandgedaan werd aan werkloosheidsbestrijding en arbeidsbemiddeling, maar gaf ook richtlijnen voor de verdere ontwikkeling. Hoewel de commissie een wettelijke regeling van deze materie heeft aanbevolen, gaf de Regering er de voorkeur aan door middel van regelingen ordenend op te treden. Niettemin moet dit werk als een uitermate belangrijke bijdrage tot de ontwikkeling van de arbeidsbemiddeling worden beschouwd. Hierbij komt dat de situatie op de arbeidsmarkt in en na de eerste wereldoorlog de ontwikkeling van de

aanbevolen organisatie zeer heeft versneld.
Ten aanzien van werkloosheid en werkloosheidsbestrijding formuleerde de commissie haar taak als volgt: "Het onderzoek bepaalt zich tot werkloosheid in engere zin, d.w.z. tot het gedurende kortere of langere tijd ontbreken van arbeidsgelegenheid voor personen, die tegelijk geschikt en bereid zijn tot arbeiden (het niet werken door ziekte, invaliditeit, ouderdom, werkstaking of uitsluiting, alsmede door arbeidsschuwheid valt buiten het onderzoek) . . . . ." In dit rapport zijn derhalve nog geen richtlijnen voor de bemiddeling van de lichamelijk of geestelijk minder-validen opgenomen; ook ontbreken in dit rapport beschouwingen omtrent het bepalen van het al of niet arbeidsgeschikt zijn van personen die voor werkverschaffing in aanmerking komen. De Commissie meende nl. dat de uitgesloten categorieën (waartoe o.a. afgeleefde en gebrekkige mensen behoren) door filantropische werkverschaffing moeten worden gesteund en dat deze materie niet tot het terrein van deze Staatscommissie behoorde. De belangrijkste aanbevelingen van de Commissie hadden betrekking op de algemene spreiding van de arbeidsbeurzen, ten dele door vergroting van het aantal gemeentelijke arbeidsbeurzen, ten dele door de oprichting van districtsarbeidsbeurzen voor de arbeidsbemiddeling op het platteland. Hierdoor zou intercommunale bemiddeling worden gestimuleerd.
De Commissie betoogde verder dat het verzekeren van deugdelijke arbeidsbemiddeling een overheidstaak is, daar het particulier initiatief niet het systematisch net van arbeidsbeurzen kan ontwikkelen, dat voor een doelmatige arbeidsbemiddeling noodzakelijk moet worden geacht. Voorts was de Commissie van mening, dat arbeidsbeurzen als middel tot bestrijding van werkloosheid reden van bestaan hebben, omdat de werkzoekende eerder nieuwe arbeid kan vinden en beter geïnformeerd kan worden aangaande de stand van de arbeidsmarkt. De arbeidsbeurzen zullen gevolgen van de werkloosheid voor de werklozen verzachten en hen beschermen tegen de bedenkelijke praktijken van particuliere beroepsbemiddelaars. De Staatscommisssie heeft ook gewezen op de waarde van deskundige voorlichting bij beroepskeuze. Er blijkt aan deze voorlichting behoefte te bestaan in verband met de arbeidsbemiddeling van jeugdige werklozen. Hierover worden in het rapport o.a. de volgende opmerkingen gemaakt: "De ouders en verzorgers, die hun kinderen of pupillen niet dadelijk zoveel mogelijk behoeven te laten verdienen, staan voor een meer of minder ruime beroepskeuze. Een beroepskeuze, die dikwijls zeer moeilijk is, ja die, om haar goed te doen, veel moeilijker is dan de ouders of verzorgers zelve beseffen. Want de factoren die zich hierbij doen gelden of behoren te doen gelden zijn verscheidene en van uiteenlopende soorten. Daar is ten eerste de neiging van de jongeling of het meisje, de aantrekking die zeker beroep op hem of haar uitoefent. Daar is ten tweede de aanleg van het kind, zijn geestelijke geschiktheid voor een zeker beroep. Ten derde moet zijn lichamelijke geschiktheid in aanmerking worden genomen. Ten vierde moet, en ter dege, rekening gehouden worden met de vooruitzichten die het kind, een zeker beroep intredende, tegemoet gaat.
Van deze factoren kan in de regel alleen de eerste aan de ouders of verzorgers volledig bekend zijn. Over de geestelijke en de lichamelijke geschiktheid kunnen zij echter in de meeste gevallen niet voldoende oordelen. Want ter beoordeling hiervan moeten bekend zijn de geestelijke en lichamelijke gesteldheid van het kind èn de eisen, die door de verschillende beroepen daaraan worden gesteld. De ouders en verzorgers nu kunnen niet eens de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van het kind geheel beoordelen. Zij kunnen weliswaar weten of het kind dom of schrander, zwak of sterk is, maar zij kunnen niet beoordelen in hoever zijn lichaam en zijn geest bestand zijn tegen de aandoeningen, waaraan

de beoefenaren van verschillende beroepen blootgesteld zijn. Zij kunnen zijn aanleg voor bepaalde beroepsziekten niet kennen, noch vaststellen. Maar al zouden de ouders of verzorgers de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van het kind kennen, dan zouden zij daardoor in de meeste gevallen nog niet in staat zijn, zijn geschiktheid voor enig beroep te beoordelen. Voor dit oordeel is bekendheid nodig met de eisen, door verschillende beroepen aan de beoefenaren gesteld. De kennis van deze eisen kan slechts door brede en stelselmatige waarneming, door wetenschappelijk onderzoek dus, ten volle worden verkregen. De ervaring bewijst, dat van die eisen bij ouders en verzorgers veelal geheel verkeerde voorstellingen bestaan. Waar nu de beroepskeuze voor de jongelieden der arbeidersklasse zonder deskundige voorlichting moet geschieden, kan het niet anders, of zij moet menigmaal tot noodlottige gevolgen leiden. Gevolgen, noodlottig voor het individu, als dit geplaatst wordt in een beroep, waarvoor het lichamelijk of geestelijk niet geschikt is of waarin het geen behoorlijk bestaan kan vinden. De overheid, bekend met de slechte sociale gevolgen, door ondoelmatige beroepskeuze te voorschijn geroepen, heeft tot taak maatregelen te nemen, waardoor doelmatige beroepskeuze kan worden bevorderd.
Het is reeds betoogd, dat de arbeidsbeurzen zelf tot goede voorlichting bij beroepskeuze nu niet in staat zijn. Dus moet de hulp verzekerd worden van lichamen die hiertoe wel bekwaam zijn. Die lichamen moeten worden gevormd uit verschillende deskundigen tot wier gebied de elementen behoren, waaruit het vereiste oordeel wordt opgebouwd.
De lichamelijke gesteldheid en de lichamelijke geschiktheid van het kind voor bepaalde, - zijn ongeschiktheid voor bepaalde andere beroepen kunnen worden vastgesteld door geneeskundigen en hygiënisten. Stelt men "Commissies van advies bij beroepskeuze" in, dan moeten hierin dus in de eerste plaats, nevens vertegenwoordigers der arbeidsbeurzen, vertegenwoordigers van de school en geneeskundigen en, zo mogelijk ambtenaren der arbeidsinspectie zitting hebben.
De geneeskundigen zullen uit de aard der zaak wel bij voorkeur uit de schoolartsen worden gekozen en uit zulke medici, die zich met beroepshygiëne bezig houden.
Wanneer aantekeningen van de schoolarts niet ter beschikking der Commissie staan, of wanneer deze voor de vorming van een oordeel niet voldoende zijn, stelt de Commissie de jongen of het meisje in de gelegenheid zich aan een geneeskundig onderzoek te onderwerpen. Is, volgens het oordeel van de schoolarts of volgens de uitkomsten van het geneeskundig onderzoek, iemand voor een of meer bepaalde beroepen lichamelijk ongeschikt, dan wordt deze door de arbeidsbeurs geen hulp verleend om in een dier beroepen een plaats te vinden."
Deze uitspraken in het rapport van de Staatscommissie over de werkloosheid, daterend uit 1914, zijn zo uitvoerig aangehaald, omdat dezelfde wensen thans nog bestaan en nauwelijks ten dele tot uitvoering zijn gekomen.
Na 1919 is er een sterke ontwikkeling te zien bij de gemeentelijke arbeidsbeurzen; de economische verhoudingen in en na de eerste wereldoorlog veroorzaken een sterkere behoefte aan doelmatige arbeidsbemiddeling. De toeneming van de werkloosheid en de demobilisatie van militairen zijn hierbij zeker van invloed geweest. Deze grotere belangstelling voor de organen van arbeidsbemiddeling resulteerde in een betere organisatie van de arbeidsbeurzen; in deze periode ontstaan de vaksecties voor de bedrijfsgroepen, die in het werkingsgebeid van de arbeidsbeurs belangrijk bleken te zijn. Hieruit valt derhalve af te leiden, dat de bemiddeling niet slechts het leggen van contact tussen werkgever en werknemer omvat, maar dat de beoordeling van de vakbekwaamheid van de werknemer meer en meer een element in de arbeidsbemiddeling gaat

vormen. Aanvankelijk wordt nog geen aandacht geschonken aan de lichamelijke en geestelijke geschiktheid van de betrokkene voor het beroep waartoe hij behoort, noch voor zijn psychische instelling ten opzichte van de te vervullen werkkring. De beoordeling van de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de werknemer komt langzaam tot ontwikkeling, wanneer in het begin der twintiger jaren meer en meer belangstelling ontstaat voor de tewerkstelling van personen die door lichamelijke of geestelijke gebreken of door andere omstandigheden niet tot de volwaardige arbeidskrachten kunnen worden gerekend. De activiteiten ten gunste van deze minder-validen zijn de eerste werkzaamheden, waarbij een sociaal-medische beoordeling noodzakelijk wordt. De tweede wijze, waarop in deze periode de geneeskundige keuring een beoordelingselement in de arbeidsbemiddeling gaat vormen is met betrekking tot de plaatsing van werklozen in werkverschaffingsobjecten. Ook komt in deze periode de eerste ontwikkeling van de bedrijfsgeneeskunde, waarbij de aanstellingskeuring als een der belangrijkste werkzaamheden op de voorgrond treedt. Een nadere beschouwing van deze drie ontwikkelingen is op zijn plaats.

Arbeid door minder-validen

Hoewel reeds in de vorige eeuw aan de inrichtingen voor de verpleging van lichamelijk gehandicapten en aan de instituten voor onderwijs aan zintuiglijk gehandicapten pogingen werden ondernomen om verpleegden en pupillen tot passende arbeid op te leiden, duurde het toch tot de eerste decennia van de 20ste eeuw eer een meer systematische zorg voor het verschaffen van arbeid aan lichamelijk gehandicapten tot stand kwam.
Na de eerste wereldoorlog neemt de belangstelling voor de minder-valide mens niet alleen buiten Nederland, maar ook hier te lande toe. DETIGER, directeur van de Amsterdamse arbeidsbeurs, is van de beginne af een voorvechter voor doelmatiger arbeidsvoorziening voor lichamelijk gehandicapten. In een pre-advies voor de algemene jaarvergadering voor de Vereeniging van Nederlandsche Arbeidsbeurzen in 1920 behandelt hij zeer uitvoerig de ontwikkeling voor wat hij noemt de "tewerkstelling van maatschappelijk minder-geschikten".
DETIGER toont zich in 1920 reeds een voorstander van het principe dat de organisatie der zorg voor minder-geschikten in hun kwaliteit van bezoekers der arbeidsbeurs van een centraal overheidsorgaan dient uit te gaan. Hij meent dat de zorg voor maatschappelijk minder-geschikten zich zal moeten uiten in:

a. bijzondere hulp op de vrije arbeidsmarkt, ook in de zin van arbeidsreservering;
b. werkverschaffing, indien die hulp te kort schiet;
c. bijzondere voor-, na- en tussenzorg, te verlenen zowel bij de arbeidsbemiddeling als bij de werkverschaffing;
d. geldelijke steun, indien ook de werkverschaffing nog werkloosheidsperioden overlaat;
e. technisch-medische hulp, berekend op herstel of vermindering der oorzaken, die tot de mindere arbeidsgeschiktheid leiden.

De punten a en e van deze zorg bevatten sociaal-medische elementen. In zijn beschouwingen over de bijzondere hulp op de vrije arbeidsmarkt merkt DETIGER op "dat de bemiddelende ambtenaar op grond van nauwkeurige kennis van het individu moet beslissen welk vak, welk beroep, welke bijzondere plaats voor de minder-geschikte geschikt is, op welk soort werkzaamheden deze zich in het bijzonder moet toeleggen. Vaak zal een verandering van beroep, een omvorming moeten worden aanbevolen. Technisch-wetenschappelijke kennis op dit bijzondere terrein

zal aanwezig moeten zijn, kennis omtrent de ervaring die in binnen- en buitenland is opgedaan inzake bruikbaarheid van lieden met bepaalde defecten voor specifieke werkzaamheden, kennis omtrent de kunstmatige vervanging van bepaalde ledematen of organen met het oog op het gebruik er van voor de arbeid, technische kennis ook omtrent invaliden en psychopaten. De arbeidsbemiddeling voor maatschappelijk minder-geschikten staat meer dan de gewone bemiddeling in het teken van het individu. Waar de bemiddeling zelf te kort schiet, bv. in de medische voorlichting, zal haar organisatie zo dienen te zijn, dat de samenwerking met bevoegde organen is gewaarborgd. 't Zou dan niet onmogelijk zijn, dat het orgaan algemeen met de verzorging der minder-geschikten belast, daarvoor over een aantal technisch-medische ambtenaren beschikte".
De technisch-medische hulp, die hij in punt e. aanduidt, wordt duidelijk gesteld als een verstrekking, naast tewerkstelling en arbeidsverschaffing. DETIGER gaat ervan uit, dat de lichamelijke, geestelijke of morele ongesteldheid in de eerste plaats haar technische verzorging eist, die de normale mens kan ontberen. De uitvoering hiervan ziet hij als een taak van een eventueel bestaande geneeskundige dienst. Het behoeft niet te verbazen, dat de grondgedachten omtrent de arbeidsbemiddeling van minder-validen, die in dit uitgebreide pre-advies worden uiteengezet, door hun reële waarden de basis zijn geworden van de bijzondere arbeidsbemiddeling, Het behoeft evenmin verwondering te wekken, dat de grote belangstelling van deze directeur van de gemeentelijke arbeidsbeurs van Amsterdam tot praktische resultaten heeft geleid en dat bij deze arbeidsbeurs de eerste gespecialiseerde afdeling voor bijzondere bemiddeling werd opgericht.

Amsterdam.

Reeds in 1927 werd voor 't eerst een ambtenaar van de Amsterdamse arbeidsbeurs uitsluitend met de zorg voor de gehandicapten belast. Toen klonk de naam "bemiddeling voor onvolwaardigen" reeds onsympathiek en werd van "bijzondere bemiddeling" gesproken. Deze benaming heeft zich tot heden gehandhaafd.
Aanvankelijk werden uit de vakafdelingen die personen geregistreerd, van wie er aanwijzingen waren dat zij een geestelijk of lichamelijk gebrek hadden. Er werd een indeling gemaakt voor zes groepen: zintuigstoornissen, uitwendige gebreken, inwendige gebreken, geestelijk gestoorden, diversen en morele gebreken. Ook werden jeugdige reclassanten door de afdeling voor de bijzondere bemiddeling behandeld omdat velen tot de debielen of psychopaten behoorden. Teneinde een betrouwbaar inzicht te krijgen over de mogelijkheden van deze personen was een objectief oordeel nodig. Hiertoe werd een onderzoek door de Amsterdamse gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst verricht. Er werd een eenvoudig formuliertje ontworpen, waarop de keuringsarts moest invullen of de minder-valide geschikt was voor licht, middelzwaar of zwaar werk en met welke afwijkingen rekening gehouden moest worden. Dit geneeskundig onderzoek werd van grote betekenis geacht, omdat bij het zoeken naar een werkkring met de gebreken van de minder-valide rekening kon worden gehouden en te zware belasting voorkomen kon worden.
De afdeling voor de bijzondere bemiddeling van de arbeidsbeurs van Amsterdam wist ook reeds contact te leggen met het Amsterdamse consultatiebureau voor tuberculose-bestrijding, waardoor de bemiddelaar een beter inzicht kreeg in de conditie van de oud-t. b. c. -patiënt en hij bij de werkgever op reële gronden de plaatsing van de patiënt kon bepleiten.
Uit de jaarverslagen van de gemeentelijke arbeidsbeurs van Amsterdam

blijkt het verloop van de inschrijvingen bij de afdeling voor de bijzondere bemiddeling, de plaatsingen en de aantallen personen die werden afgevoerd omdat zij hun inschrijving niet hadden verlengd of te kennen hadden gegeven geen prijs te stellen op verdere bemoeienis van de arbeidsbeurs. Tevens wordt een opgave gedaan van het aantal personen van deze ingeschrevenen, die door de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst zijn gekeurd.

Tabel 1

Gemeentelijke Arbeidsbeurs Amsterdam
Bijzondere Bemiddeling
Overzicht van inschrijvingen, plaatsingen en keuringen

Jaar	Inschrijvingen op 1 januari	Ingeschreven in de loop van het jaar	Totaal aantal inschrijvingen	Plaatsingen in de loop van het jaar	Aantal personen dat werd afgevoerd	Aantal inschrijvingen op 31 december	Aantal keuringen door G.G. & G.D.
1925		619		103			
1926		221		67			
1927		428		97			
1928		667		285			167
1929		1093		325	581		196
1930	337	1166	1503	333	684	486	196
1931	486	1196	1682	422	709	551	184
1932	551	842	1393	240	567	586	222
1933	586	980	1566	331	533	702	183
1934	702	980	1682	366	620	696	365
1935	696	987	1683	460	430	793	327
1936	793	920	1713	448	452	813	307
1937	813	1276	2089	604	532	953	415
1938	953	1084	2037	513	578	946	404
1939	946	1106	2052	623	627	802	320

De plaatsingen worden verder geanalyseerd in tabel 2. Er wordt onderscheid gemaakt tussen plaatsingen in het vrije bedrijf, bij bewakingsdiensten en in werkinrichtingen (d.i. beschutte arbeid). In de jaren 1925 tot en met 1928 worden bij de plaatsingen in het vrije bedrijf die gevallen afzonderlijk vermeld, die in een ander dan het oorspronkelijke beroep werden geplaatst. Met betrekking tot de bewakingsdiensten wordt opgemerkt dat sinds 1934 een belangrijke plaatsingsmogelijkheid werd gevonden in de plaatsing als autowacht. Deze aantallen zijn eveneens afzonderlijk opgegeven.

Van 1928 af bevatten de jaarverslagen van de gemeentelijke arbeidsbeurs overzichten van de aandoeningen en gebreken van de personen, die bij de afdeling voor de bijzondere bemiddeling werden ingeschreven, en de plaatsingen in deze groepen van minder validen. Sinds 1931 werden deze gegevens op een uniforme wijze gepubliceerd, zodat een vergelijkbare opstelling mogelijk wordt. Uit de verdeling der categorieën blijkt dat ook reclassenten, gerangschikt onder de morele defecten door de afdeling voor de bijzondere bemiddeling werden behandeld. (tabel 3).

Tabel 2

Gemeentelijke Arbeidsbeurs Amsterdam
Bijzondere Bemiddeling
Plaatsingen

Jaar	In vrije bedrijf(1) *)	Als bewaker (2) **)	In werk-inrichting	Totaal
1925	27 (7)	76		103
1926	21 (3)	46		67
1927	78 (19)	19		97
1928	260 (22)	25		285
1929	244	39	40	323
1930	250	43	40	333
1931	255	104	63	422
1932	192	-	48	240
1933	243	51	37	331
1934	258	68 (68)	40	366
1935	185	219 (68)	56	460
1936	242	139 (127)	67	448
1937	375	198 (42)	31	604
1938	358	130 (45)	25	513
1939	306	285 (1)	32	623

*) De cijfers tussen haakjes hebben betrekking op plaatsing in een ander dan het vroeger uitgeoefend beroep; deze verdeling wordt na 1928 niet meer opgegeven.

**) De cijfers tussen haakjes hebben betrekking op plaatsing als autowacht.

's-Gravenhage.

Bij de gemeentelijke arbeidsbeurs te 's-Gravenhage werd in februari 1930 de afdeling "bijzondere bemiddeling" ingesteld. Hierbij heeft men getracht inzicht en bekendheid te verkrijgen omtrent de eisen aan verschillende beroepen verbonden. Voorts werd gestreefd naar een vlotte wijze van samenwerking met de gemeentelijke geneeskundige dienst, het daaronder ressorterende bureau voor psychotechnisch onderzoek, het bureau voor beroepskeuze, maatschappelijk hulpbetoon, tal van huisartsen en specialisten, verschillende consultatiebureaus, de kinderrechter en andere personen en instellingen, die op medisch of sociaal gebied werkzaam zijn. Zoveel mogelijk werd getracht van elke ingeschrevene een duidelijk beeld te verkrijgen omtrent het gebrek, de arbeidsgeschiktheid, de karaktereigenschappen, het milieu enz. De praktijk gaf vele onderscheidingen zoals:
a. invaliden die gebaat zijn door plaatsing allen;

b. die na plaatsing voortdurend moeten worden bijgestaan om te voorkomen dat ze het werk weer kwijt raken;
c. die slechts geplaatst kunnen worden, indien zij vooraf een bepaalde vaardigheid hebben gekregen;
d. die door medische behandeling hun toestand doen verbeteren en hun arbeidsgeschiktheid opvoeren;
e. die hun werkloosheid toeschrijven aan hun invaliditeit, terwijl de oorzaak ligt in een geheel andere richting, bv. onvoldoende kennis, moeilijk karakter of wangedrag.

Tabel 3

Gemeentelijke Arbeidsbeurs Amsterdam
Bijzondere Bemiddeling
Inschrijvingen en plaatsingen, verdeeld naar aandoeningen en gebreken

Jaar	Blinden en half-blinden		Doofstommen, doven en spraakgebrekkigen		Lichamelijk gebrekkigen		Geestelijk onvolwaardigen		Lijders aan long- en huidtuberculose		Lijders aan hart- en vaatziekten en andere interne ziekten		Morele defecten		Ouden van dagen		Anderen		Totaal	
	Ingeschreven	Geplaatst	Ingeschreven	Geplaatst	Ingeschreven	Geplaatst	Ingeschreven	Geplaatst	Ingeschreven	Geplaatst	Ingeschreven	Geplaatst	Ingeschreven	Geplaatst	Ingeschreven	Geplaatst	Ingeschreven	Geplaatst	Ingeschreven	Geplaatst
1931	58	20	97	33	261	89	292	98	153	56	139	59	107	34	2	1	87	32	1196	422
1932	41	8	64	17	235	67	224	69	101	37	57	12	49	10	2	1	69	19	842	240
1933	44	18	83	20	256	93	230	69	117	39	112	42	48	19	4	-	86	31	980	331
1934	56	25	106	36	238	106	244	73	94	27	101	51	42	12	4	1	95	35	980	366
1935	62	27	90	37	227	99	182	71	147	70	108	67	64	39	4	1	103	49	987	460
1936	49	31	98	52	202	102	193	90	93	29	135	73	77	38	9	5	64	28	920	448
1937	75	35	112	59	253	139	289	113	142	64	154	61	121	73	6	3	124	57	1276	604
1938	57	29	86	50	225	97	222	103	113	44	162	78	111	59	2	1	106	52	1084	513
1939	65	34	87	49	239	120	233	141	142	98	150	93	76	34	-	-	114	54	1106	623

De jaarverslagen van de gemeentelijke arbeidsbeurs van 's-Gravenhage vermelden gegevens omtrent de plaatsingen van personen, die bij de bijzondere bemiddeling waren ingeschreven. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de plaatsingen bij particulieren en in losse gemeentedienst terwijl de eerstgenoemde groep nog wordt gesplitst naar plaatsingen voor onbepaalde tijd en plaatsingen voor korte tijd, waarbij het dienstverband meestal niet langer dan één maand duurde.

Tabel 4

Gemeentelijke Arbeidsbeurs 's-Gravenhage
Bijzondere Bemiddeling
Plaatsingen

Jaar	Geplaatst totaal	daarvan bij particulieren		in losse gemeentedienst
		voor onbepaalde tijd	voor korte tijd	
1930	121	60	51	10
1931	199	96	84	19
1932	138	89	25	18
1933	156	116	8	32
1934	144	107	17	24
1935	176	125	29	22
1936	177	131	24	22
1937	190	117	41	32
1938	152	97	26	29
1939	170	78	56	36

Opgemerkt wordt nog, dat in 1939 een deel der bijzondere bemiddeling, welke betrekking had op leerlingen B.L.O. over is gegaan naar de nazorg-ambtenaar van de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst.

Nijmegen.

Ook bij de gemeentelijke arbeidsbeurs te Nijmegen heeft een afdeling voor de bemiddeling van onvolwaardige arbeidskrachten bestaan. In 1932 werd een ambtenaar speciaal met deze bemiddeling belast. In 1934 werd deze ambtenaar met andere werkzaamheden belast en werd niet in de vervulling van de vacature voorzien. Uit de jaarverslagen van deze arbeidsbeurs blijkt dat deze bemiddelingsactiviteiten in 1934 werden overgedragen aan de plaatselijke afdeling van de Vereniging Arbeid voor Onvolwaardigen (A.V.O.) *)

*) Deze naam is later veranderd in: Nederlandse Vereniging Sociale Zorg voor Minder-validen ACTIO VINCIT OMNIA, waardoor de populaire afkorting A.V.O. behouden bleef.

Het aantal minder-validen dat bij particulieren werd geplaatst is steeds zeer klein geweest. De meeste bemiddelingen kwamen tot stand in de vorm van los dienstverband bij de gemeente Nijmegen, meestal in verschillende bewakingsdiensten. De verslagen geven een indeling in groepen van minder-validen, overeenkomend met de indeling die in Amsterdam werd gehanteerd. Het blijkt niet dat voor deze bemiddeling geneeskundige keuringen werden verricht.

Verdere Ontwikkeling.

Van medische zijde ontwaakt eveneens de belangstelling.
HEYERMANS houdt in 1925 op het vierde internationale congres voor ongevallengeneeskunde en beroepsziekte een rede over "le placement de la main d'oeuvre de valeur inférieure". In de kringen van de tuberculose-artsen wordt aandacht gewijd aan de tewerkstelling van de uit sanatoria ontslagen patiënten. Er ontstaat behoefte tot onderling contact waaruit in 1927 de vereniging Arbeid voor Onvolwaardigen ontstaat, die het als eerste taak ziet de belangstellenden op dit gebied te verzamelen op een congres.
Het A.V.O.-congres van 1928 is een succes geweest. Het belangrijkste is wellicht dat de toenmalige Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid, Prof. Dr. J.R. Slotemaker de Bruïne sprak over het instellen van een commissie, aan welke de bestudering van het vraagstuk der onvolwaardige arbeidskrachten zou kunnen worden opgedragen. Bij Koninklijk Besluit van 12 april 1929 werd de Staatscommissie inzake onvolwaardige arbeidskrachten ingesteld.
In December 1938 bracht de commissie haar rapport uit, het uitgebreidste document inzake de zorg voor minder-validen in het tijdperk voorafgaande aan de tweede wereldoorlog.
Onder de maatregelen, die door de Staatscommissie werden aanbevolen worden genoemd:
5. maatregelen van arbeidsbemiddeling teneinde te verkrijgen, dat onvolwaardigen in het vrije bedrijfsleven worden geplaats in werkzaamheden, die zij kunnen verrichten;
6. maatregelen, waardoor belemmeringen voor het verkrijgen van arbeid, voorzover deze bestaan in wettelijke en andere voorschriften. en voor zover dit mogelijk en redelijk is, terzijde worden gesteld.

De Staatscommissie heeft verder onderzocht op welke wijze de arbeidsbemiddeling, in het bijzonder bestemd voor onvolwaardigen, plaatsvindt. Het rapport noemt de volgende mogelijkheden:
1. door enige gemeentelijke arbeidsbeurzen;
2. door scholen en instituten, waar onvolwaardigen onderwijs hebben genoten;
3. door verenigingen voor en van onvolwaardigen;
4. door nazorgambtenaren, in hoofdzaak werkzaam ten behoeve van oud-leerlingen van scholen voor buitengewoon onderwijs;
5. door inrichtingen, waar de onvolwaardigen ter verpleging opgenomen zijn geweest;
6. door de buitendienst van de A.V.O.

Het rapport vermeldt, dat op de meeste arbeidsbeurzen aan de plaatsing van minder-valide arbeidskrachten extra zorg wordt besteed. Met de nazorgcomités voor de tuberculose wordt overleg gepleegd ten aanzien van de plaatsing der uit de sanatoria ontslagen patiënten; herhaalde malen worden lichamelijk gebrekkigen en doven aan werk geholpen en zelfs gelukt het aan psychisch defecten een plaats in het bedrijfsleven te bezorgen. De Staatscommissie geeft in het rapport een plan aan, dat voor de verdere ontwikkeling van de onvolwaardigenzorg van betekenis wordt geacht. Hierbij wordt gedacht aan de vorming van regionale centra, die

leidende, raadgevende en stimulerende invloed moeten uitoefenen. Het algemene deel van het rapport wordt besloten met de opmerking dat er in Nederland veel aan onvolwaardigenzorg wordt gedaan. Het ontbreekt echter nog aan organisatie en leiding van het geheel. De Staatscommissie is van mening, dat beide door het plan der districtsindeling en door de aanstelling van mannen en vrouwen die hun leven aan de onvolwaardigenzorg wijden, veel kunnen worden verbeterd.

Werkloosheidsbestrijding.

Verschillende auteurs die zich over het wezen van de arbeidsbemiddeling hebben uitgesproken (GEWIN, GOEDHART en ROETERINK o.a.) hebben de openbare arbeidsbemiddeling in het overheidsbeleid ten aanzien van werkloosheidsbestrijding een eigen plaats toegedacht. Dat dit standpunt ook door de Regering is ingenomen is in vele gevallen gebleken.
Bij Koninklijk Besluit van 19 september 1916 werd met ingang van 1 oktober ingesteld een Dienst der Werkloosheidsbestrijding en Arbeidsbemiddeling. De taak van deze dienst was het bevorderen van de arbeidsbemiddeling, van de werkloosheidsverzekering en de voorbereiding en uitvoering van een wettelijke regeling inzake werkloosheidsverzekering en arbeidsbemiddeling. Ook uit latere voorschriften blijkt de nauwe samenhang tussen de arbeidsbemiddeling en werkloosheidsbestrijding.
Bij de plaatsingsregelingen in de crisis-werkloosheid van de dertiger jaren wordt geëist dat de werkloze arbeiders o.a. bij een orgaan van de openbare arbeidsbemiddeling zijn ingeschreven om tot werkverschaffingswerken te kunnen worden toegelaten. In het rapport naar de subjecten, de objecten, de kosten, de baten en de vorm van werkverschaffing (1938) geeft WESTHOFF een overzicht van de voor de werkverschaffing geschikte en ongeschikte arbeiders:
"Van bijna 250.000 in zorg zijnde personen blijken 28.000 of ruim 11% ongeschikt voor plaatsing in werkverschaffing. De cijfers van Amsterdam toonden dat de algemene bruikbaarheid voor de beroepen 83% bedroeg. Dit aantal wordt een kans gegeven in het bedrijfsleven terug te keren. De kans en terugkeer is uitsluitend beoordeeld vanuit het gezichtspunt der vak- of persoonlijke geschiktheid, leeftijd, enz. van de werkloze, dus zonder inachtneming van de technische of economische perspectieven van het beroep. 17% werd arbeidsongeschikt geacht.
In de gemeente Rotterdam werden gedurende de jaren 1929 t/m 1937 degenen, die voor plaatsing in de werkverschaffing zouden worden aangewezen, aan een vrij strenge medische keuring onderworpen. Deze keuring was daarom vrij streng, omdat het aantal objecten gering was, zodat slechts weinigen in aanmerking konden komen. Personen uit alle bedrijfsgroepen zijn aan deze keuring onderworpen geweest, zonder dat evenwel de verhouding der aantallen aangewezen voor elke bedrijfsgroep gelijk was. In de genoemde jaren werd ruim 15% afgekeurd.
De gemeente Utrecht berichtte, dat volgens haar mening van de 6100 in zorg zijnden, 5000 geschikt waren voor het verrichten van de arbeid als thans nog geboden wordt, zodat ook zij ongeveer 15% der individuen ongeschikt acht."
In dit rapport worden als oorzaak van ongeschiktheid een aantal factoren opgesomd, die ten dele van lichamelijke en geestelijke aard zijn, ten dele van sociale aard. Uit de motieven van lichamelijke aard (doktersverklaring van ongeschiktheid, gedeeltelijk invalide, chronische ziekte, lichamelijk ongeschikt geacht, afgekeurd voor alle werk, afgekeurd voor zwaar werk, nadelig voor gezondheid) blijkt, dat medische argumenten een rol hebben gespeeld tot de ongeschikt verklaring en dat hiervoor geneeskundig onderzoek heeft plaatsgehad.

Amsterdam.

De Amsterdamse gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst houdt zich ook bezig met geneeskundige keuringen van personen die in werkverschaffingsobjecten tewerk worden gesteld.
Het jaarverslag van 1928 bevat hierover de volgende opmerkingen: "Aan het Bureau voor Maatschappelijke Steun en aan de Gemeente Arbeidsbeurs werden in het verslagjaar niet minder dan 4024 adviezen gegeven. Vooral de werkzaamheden voor de Gemeente Arbeidsbeurs vertonen een sterke stijging in verband met de uitzending van werklozen naar de Drenthsche venen. Bij het achterblijven van deze mensen wegens ziekte werd het controle- en meldingsbureau om advies gevraagd."
Uit de verslagen blijkt niet, of geneeskundig onderzoek naar de arbeidsgeschiktheid plaats heeft gevonden vóór de uitzending naar de werkverschaffing, en hoe het resultaat van deze keuringen is geweest.

Tabel 5

Gemeente Amsterdam
Keuringen door G.G. & G.D. voor Gemeente Arbeidsbeurs

Jaar	Aantal keuringen
1930	3272
1931	2867
1932	1552
1933	1994
1934	3363
1935	2958
1936	1984
1937	4681
1938	6068
1939	8297

's-Gravenhage.

Ook in 's-Gravenhage is in de werkloosheidsbestrijding door de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst medewerking verleend voor de medische selectie van werklozen, die voor tewerkstelling in aanmerking kwamen. De jaarverslagen geven hierover de volgende gegevens, waarbij wordt opgemerkt, dat de keuring den doel had uit te maken of de betrokkene geschikt is voor het verrichten van grondwerk.

Tabel 6

Gemeente 's-Gravenhage
Keuringen van Werklozen door G.G. & G.D.

Jaar	Gekeurd	Geschikt	Ongeschikt
1928	101	19	82
1929	275	81	194
1030	329	78	251
1931	389	126	263
1932	881	257	624
1933	546	118	428
1934	514	47	467
1935	492	64	428
1936	335	26	309
1937	119	5	114
1938	70	7	63
1939	62	18	44

Rotterdam.

Uit de jaarverslagen van de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst van Rotterdam blijkt, dat men reeds in 1927 geneeskundige keuringen verrichtte van arbeiders, die op werkverschaffingsobjecten in Overijssel en elders tewerk zijn gesteld. In de jaren 1926 en 1927 werden alleen die arbeiders onderzocht, die opgaven het werk niet te kunnen doen, of verklaarden het niet vol te kunnen houden. Sinds 1928 zijn alle werklozen gekeurd vóór hun tewerkstelling.
Bovendien worden voor de jaren 1928 tot en met 1932 opgaven verstrekt van het aantal keuringen van personen, die om gezondheidsredenen uit de werkverschaffing zijn teruggekeerd. Deze aantallen waren respectievelijk: 193, 385, 48, 159 en 5.
Tabel 7 geeft een overzicht van de omvang en het resultaat der keuringen, die door de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst voor de dienst voor maatschappelijk hulpbetoon werden verricht van werklozen, die elders te werk waren gesteld. Hier blijkt reeds dat getracht is een differentiatie in de keuringsuitslag aan te brengen.

Tabel 7

Gemeente Rotterdam
Keuringen van werklozen, door G.G. & G.D.

Jaar	Gekeurd	Goed-gekeurd	Goed-gekeurd met verhoogd risico	Voorlopig goed-gekeurd	Afgekeurd
1926	78	45			33
1927	81	60			21
1928	408	316			92
1929	1507	986		405	116
1930	801	474		234	93
1931	463	357		72	34
1932	534	268	101		165
1933	1405	865	220		320
1934	1206	765	175		266
1935	1096	710	176		210
1936	598	454	53		91
1937	780	609	121		50
1938	1701	1393	217		91
1939	2674	2244	266		164

Uit de beschikbare gegevens mag worden afgeleid dat de sociaal-geneeskundige bemoeiingen met personen, die voor werkverschaffingsobjecten waren aangewezen, zich bepaald hebben tot een verklaring van geschikt of ongeschikt zijn.
Aangezien de werkzaamheden nagenoeg uitsluitend uit grondwerk hebben bestaan en dus tot zware lichamelijke arbeid behoorden, was de vraagstelling betrekkelijk eenvoudig en beperkte de keuring zich tot de bepaling van de geschiktheid voor deze vorm van arbeid. Of het verblijf in woonoorden en het gebruik van voor grote groepen bereide maaltijden in de beoordeling is betrokken, kon niet worden vastgesteld.

Keuringen van minder validen

De Staatscommissie inzake onvolwaardige arbeidskrachten wees in haar

rapport reeds op de moeilijkheden die de geneeskundige keuring van een minder-valide kan geven en die toen nog vaak werden gezien als een belemmering in de plaatsing van minder-validen.
Het rapport onderschrijft de opvatting dat de maatregel om de aanstelling in overheidsdienst afhankelijk te stellen van het resultaat van een geneeskundige keuring, niet meer kan worden gemist. Het nadeel dat dit in sommige gevallen voor de enkeling oplevert, moet wijken voor het profijt dat de keuring voor de maatschappij als geheel meebrengt. Dit werd ook betoogd door SCHUCKINK KOOL op het AVO-congres van 1928, waarbij hij enerzijds de noodzaak aantoonde om door de geneeskundige keuring personen uit werkzaamheden te weren, waar zij nadeel voor anderen kunnen opleveren. Anderzijds verdedigde deze inleider de stelling dat elke keuring dient te geschieden in verband met de betrekking voor welke het onderzoek wordt verlangd. Iedere werkzaamheid bij iedere tak van dienst heeft haar eigen eisen.

's-Gravenhage.

Het rapport van de Staatscommissie wijst reeds op een Haags rapport inzake arbeid voor minder-validen in gemeentedienst, waaruit in 1932 een regeling resulteerde om personen die door de aangewezen geneeskundige waren afgekeurd toch in gemeentedienst te nemen. De afgekeurden kunnen door het hoofd van de tak van dienst worden tewerkgesteld, na machtiging van Burgemeester en Wethouders en gehoord de directeur van de gemeentelijke geneeskundige dienst en de speciale commissie inzake de minder-validen. Door deze indienstneming, waaraan bepaalde voorwaarden waren verbonden, werd het mogelijk om de wedde naar de aard en naar de prestaties vast te laten stellen door het hoofd van de tak van dienst. Verschillende bepalingen van de aan het reglement aansluitende verordening geven gelegenheid om de rechtspositie van de in gemeentedienst opgenomen minder-validen te verbeteren. Door deze bepalingen werden vooruitzichten geopend op een vaste aanstelling en op een uitkering, wanneer de prestaties en het geringe ziekteverzuim hiertoe aanleiding geven.
Voor de eerste maal werden in 1933 personen krachtens de verordening op het in gemeentedienst nemen van minder-validen door de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdient onderzocht. Deze keuring geschiedde aan de hand van een daartoe speciaal ontworpen keuringsleidraad.

Tabel 8

Gemeente 's-Gravenhage
Keuringen van Minder-Validen door G.G. & G.D.,
met het oog op plaatsing in gemeentedienst.

Jaar	Gekeurd	Geschikt	Niet geschikt
1933	57	49	8
1934	27	23	4
1935	17	15	2
1936	15	11	4
1937	23	21	2
1938	20	19	1
1939	28	27	1

Noord-Holland.

Bij de behandeling door de Provinciale Staten van Noord-Holland van de begroting voor het dienstjaar 1929 werd door een der leden de vraag gesteld, wat Gedeputeerde Staten dachten te doen inzake in aanneming van onvolwaardige arbeidskrachten in provinciale dienst. Dit was aanleiding om een studiecommissie te benoemen, die de opdracht ontving "de bestudering van het vraagstuk van het in dienst der Provincie nemen van zgn. onvolwaardige arbeidskrachten en van de daarmede verband houdende keuring.".
De Commissie heeft ervan afgezien te trachten een definitie van het begrip onvolwaardige arbeidskracht op te stellen, maar maakte de volgende onderscheiding:

1e. de groep van hen, die onder de tegenwoordige omstandigheden worden afgekeurd, maar die in bepaalde functies volwaardige arbeid kunnen presteren;
2e. de groep van hen, die slechts een gedeelte van het normale percentage arbeid vermogen te leveren.

Ten aanzien van de eerste groep merkte het rapport op, dat ten opzichte van deze personen bij indienstneming alleen verhoogd risico van ziekte aanvaard wordt. Hiervoor diende de wijze van aanstelling compensatie te geven. Intussen bleek in de praktijk meermalen, dat het risico geringer was, dan men zich had voorgesteld en ziektedagen weining voorkomen. Er was daarom geen bezwaar tegen om de mogelijkheid te openen, dat deze personen op den duur vol-ambtenaar kunnen worden. Om dit te bereiken waren echter overgangsperioden nodig, waarin moet blijken in hoeverre de vrees voor het optreden van ziekte of invaliditeit gegrond was.
Voor deze personen is een arbeidsovereenkomst met bijzondere arbeidsvoorwaarden vastgesteld. Hierin valt in het bijzonder op te merken, dat de duur van de arbeidsovereenkomst in elk individueel geval wordt vastgesteld; dat bij het beëindigen van deze termijn een nieuw geneeskundig onderzoek plaats moest vinden; dat de arbeidsovereenkomst, bij ongunstige uitslag van de keuring, telkens voor de tijd van ten hoogste één jaar kan worden verlengd; en dat, wanneer de overeenkomst 5 jaren heeft geduurd en de laatste geneeskundige keuring een ongunstige uitslag heeft opgeleverd, een aanstelling als ambtenaar in tijdelijke dienst zonder nadere omschrijving kan volgen. Van deze regeling is regelmatig gebruik gemaakt.*)
Bij het in dienst nemen van minder-validen met een beperkt arbeidsvermogen hebben in 1929 duidelijk philantropische overwegingen een rol gespeld. Deze personen werden in de regel in een zeer los dienstverband gehouden. Voor deze groep gold een bijzondere arbeidsovereenkomst, waarin zodanige bepalingen waren opgenomen dat het loon, de arbeidsuren en de op te dragen arbeid individueel konden worden geregeld en een regelmatig onderzoek naar de arbeidsgeschikheid mogelijk was.

---

*) Hoewel het niet nauwkeurig is na te gaan hoeveel minder-validen dank zij deze regeling in dienst van de provincie Noord-Holland zijn gekomen, blijken bij een opgave van de stand der personeelsbezetting op 1 okt. 1961 28 personen volgens dit bijzondere arbeidscontract in dienst te zijn op een totale bezetting van 3960 personen.
Daar provinciale staten inmiddels tot de opvatting zijn gekomen dat deze bijzondere arbeidsovereenkomst niet meer past in de tegenwoordige tijd, werd deze vorm van arbeidsovereenkomst per 1 okt. 1962 opgeheven en werden personen, die men ondanks een ongunstige geneeskundige keuring in dienst wilde nemen, op de normale voorwaarden aangesteld.

Volgens mededeling van de afdeling Personeel van de Provinciale Griffie is deze overeenkomst bijna steeds gebruikt ten aanzien van patiënten van het Provinciaal Ziekenhuis, die in dit ziekenhuis aan arbeid konden worden geholpen. *)

ARBEIDSVOORZIENING SINDS 1945.

Na de tweede wereldoorlog is het karakter van de arbeidsbemiddeling in Nederland principieel veranderd. De organisatorische verandering - in 1941 ingevoerd, door een Koninklijk Besluit van 1944 bestendigd - waarbij de gemeentelijke arbeidsbeurzen werden omgezet in een rijksdienst met landelijk gespreide organen, is niet het belangrijkste element van vernieuwing geweest. Van groter betekenis is dat scholing, herscholing en omscholing van arbeidskrachten aan het nieuwe Rijksarbeidsbureau, naatst de bemiddelingstaak, wordt opgedragen. Deze uitbreiding van verantwoordelijkheid werd door de Nederlandse regering na de beëindiging van de oorlog in de werkzaamheden van het Rijksarbeidsbureau geïncorporeerd.
Hiermede is een begin gemaakt met de verandere doelstelling van de arbeidsvoorziening. In plaats van de bemiddeling van de oude arbeidsbeurs - het bij elkaar brengen van werkgever en werkzoekende voor zover vraag en aanbod op elkaar passen - is de arbeidsvoorziening uitgegroeid tot een dienst, die ernaar streeft het arbeidspotentieel naar soort en omvang af te stemmen op de dynamische behoefte aan arbeidskrachten, welke uit de zich wijzigende structuur van de werkgelegenheid voortvloeit. Hierdoor zijn naast het bemiddelingswerk activiteiten ontstaan, die medehelpen dit aanpassingsproces te volbrengen. Tot deze activiteiten behoren o.a. de scholing, herscholing en omscholing van arbeidskrachten, de beroepenstudie en de voorlichting bij beroepskeuze. Deze ontwikkeling in Nederland staat niet op zichzelf; ook in andere landen valt deze tendens waar te nemen. In zijn rapport Social Insurance and Allied Services noemt Sir William Beveridge "de handhaving van werkgelegenheid, d.w.z. de vermijding van massale werkloosheid een der drie voornaamste voorwaarden voor een bevredigend plan voor sociale zekerheid". Ook in het internationale overleg, dat tijdens en na de oorlog was voortgezet, waren deze gedachten tot ontwikkeling gekomen. Reeds in 1938 werd een resolutie door de Internationale Arbeids Conferentie aangenomen waarin werd verklaard, dat beroepskeuzevoorlichting moet worden erkend als een noodzakelijke voorbereiding voor vakopleiding en arbeidsbemiddeling. Deze voorlichting behoort in het belang van de toekomstige arbeider te worden gegeven, doch hierdoor moet tevens aan de behoeften van de arbeidsmarkt worden voldaan. Deze verschillende aspecten van de moderne arbeidsvoorziening, beroepskeuzevoorlichting, vakopleiding en bemiddeling, worden nauwkeurig uiteengezet in het Verdrag en de Aanbeveling betreffende de organisatie van de arbeidsvoorziening, die in 1948 door de Internationale Arbeids Conferentie waren aangenomen. Het is van betekenis, dat bij deze regelingen aandacht wordt gevraagd voor de juiste beoordeling van de werkzoekenden.
Dit houdt niet alleen in dat het beroep, de bekwaamheden, de ervaring en de wensen van de werkzoekende in overweging worden genomen, maar ook dat de lichamelijke en beroepsgeschiktheid gecontroleerd moeten kunnen worden en dat beroepskeuzevoorlichting en vakopleiding in de daartoe geëigende gevallen in aanmerking worden gebracht. De artikelen

*) Een aantal van hen is geleidelijk overgenomen op normale arbeidsvoorwaarden. Op 1 oktober 1961 waren geen personen op deze arbeidsvoorwaarden in dienst van de provincie Noord-Holland.

over arbeidsbemiddeling van de genoemde aanbeveling wijzen erop, dat de werkzoekenden de vereiste lichamelijke geschiktheid voor de te vervullen vacature moeten bezitten.
De beoordeling van de lichamelijke toestand van de werkzoekende is dus een element van arbeidsbemiddeling geworden. Het arbeidsveld heeft zich niet alleen uitgebreid, doch door het toepassen van nieuwe methoden wordt het werk doelmatiger en meer verantwoord. Hieruit volgt dat de dienst voor de arbeidsvoorziening moet beschikken over medische voorlichting omtrent de werkzoekenden; het geneeskundig onderzoek is nu een deel geworden van de selectieprocedure. Het internationale verdrag beperkt deze voorziening niet tot bepaalde categorieën van werkzoekenden, maar acht de beoordeling van de lichamelijke geschiktheid voor alle ingeschrevenen van betekenis. Hier volgt dus uit dat het geneeskundig onderzoek niet beperkt moet blijven tot de arbeidsbemiddeling, maar ook gepaard moet gaan met beroepskeuzevoorlichting en vakopleiding.
Nederland is tot dit verdrag toegetreden bij de Wet van 8 december 1949. De in het verdrag voorgestelde organisatie van de arbeidsvoorziening stemt vrijwel overeen met de in Nederland bestaande organisatie van een "nationaal systeem van arbeidsbureaus onder toezicht van een nationale autoriteit". De verschillende taken die het verdrag eist van dit nationale orgaan, bestonden bij de ratificatie van het verdrag reeds in Nederland bij het Rijksarbeidsbureau. Het is voor ons onderwerp van belang dat de bijzondere zorg, die voor minder-validen wordt gevraagd, in Nederland reeds werd gegeven door de afdelingen van de bijzondere bemiddeling, die sinds 1947 aan de arbeidsbureaus waren verbonden.

Arbeidsbemiddeling van minder-validen.

De bijzondere zorg voor de arbeidsbemiddeling van minder-validen die voor de oorlog tot een speciale taak van slechts enkele arbeidsbureaus was ontwikkeld, wordt in de na-oorlogse periode als een algemene eis erkend. De ervaringen gedurende de oorlog in verschillende landen hebben geleid tot een algemene formulering van deze zorg. In de Aanbeveling (No. 71) betreffende de organisatie van de arbeidsvoorziening tijdens de overgang van oorlog op vrede, wordt de eis voor deze zorg als volgt geformuleerd: "Invalide arbeiders, wat ook de oorzaak van hun invaliditeit zij, zouden moeten beschikken over de meest uitgebreide faciliteiten ten aanzien van rehabilitatie, bijzondere voorlichting bij beroepskeuze, scholing, en herscholing en het verkrijgen van arbeid".
Artikel 43 van deze Aanbeveling stipuleert verder, dat "bijzondere maatregelen zouden moeten worden genomen om aan invalide arbeiders gelijkheid van arbeidskansen te waarborgen; ten opzichte van andere arbeiders, op de grondslag van hun arbeidsgeschiktheid. De werkgevers zouden door een ruime publiciteit of door andere middelen ertoe moeten worden bewogen en, indien nodig, moeten worden verplicht om een redelijk aantal invaliden in dienst te nemen".
Toen in 1947 de Wet Plaatsing Minder-Valide Arbeidskrachten van kracht werd, ontvingen de gewestelijke arbeidsbureaus een duidelijk omschreven taak in de uitvoering. Uit de Memorie van Toelichting blijkt dat de Minister van Sociale Zaken hier een specifieke functie zag voor de afdelingen van de bijzondere bemiddeling.
De term minder-valide arbeidskrachten is door de minister als een betere, althans minder-aanvechtbare aanduiding beschouwd dan de tot dusver gebruikelijke benaming van onvolwaardige arbeidskrachten. Het begrip "minder-valide arbeidskracht" wordt in art. 1 van de genoemde wet nader omschreven. Deze omschrijving luidt: "Onder minder-valide arbeidskrachten verstaat deze wet personen, die ten gevolge van gees-

telijke of lichamelijke gebreken, kwalen of afwijkingen in aanmerkelijke mate worden beperkt in de mogelijkheid om door arbeid in hun levensonderhoud te voorzien". Deze definitie bevat twee elementen nl. een beoordeling van de lichamelijke geschiktheid en de invloed van beperkte geschiktheid op het door arbeid voorzien in het levensonderhoud. Dit is het kernpunt waarom de arbeidsbemiddeling van minder-validen draait en waar de keurende arts en de arbeidsbemiddelaar tot samenwerking moeten komen. Het bedrijfsleven zal ook zijn medewerking moeten geven door aan de minder-valide passende arbeid te verschaffen. De rol die de bedrijfsarts als keuringsarts vervult, is van doorslaggevende betekenis. In de Memorie van Antwoord vestigt de minister de aandacht op dit probleem als hij opmerkt "dat ernaar gestreefd zal moeten worden de keuring meer te richten op een beoordeling welk soort werk iemand het best kan verrichten dan op een beslissing tussen goed- en afkeuren". Bij de openbare behandeling in de Tweede Kamer werd door enkele leden naar voren gebracht, dat de bemiddeling niet zonder medische beoordeling mag geschieden. Aan de minister werd gevraagd landelijk door te voeren, dat aan ieder gewestelijk arbeidsbureau medische commissies worden ingesteld, die de ingeschrevenen op geschiktheid voor arbeid in het normale bedrijfsleven zullen onderzoeken. De minister deed de toezegging, dat - waar er behoefte aan bestaat - gelegenheid tot het inwinnen van medisch advies voor het gewestelijk arbeidsbureau zal bestaan.
Het is duidelijk, dat de gewestelijke arbeidsbureaus niet zonder medische voorlichting kunnen werken, omdat de door werkzoekenden naar voren gebrachte klachten van lichamelijke aard getoetst moeten worden en de invloed daarvan op de geschiktheid tot het verrichten van arbeid moet worden beoordeeld. Sinds 1947 zijn er dan ook keuringsartsen aan de gewestelijke arbeidsbureaus verbonden. Dit waren aanvankelijk ter plaatse woonachtige artsen, meestal huisartsen, in enkele gevallen medische ambtenaren, zoals bv. artsen van gemeentelijke geneeskundige diensten.
Al was hiermede wel voldaan aan de wens, dat de arbeidsbureaus zouden kunnen beschikken over inlichtingen omtrent de lichamelijke geschiktheid van ingeschrevenen, de noodzakelijke integratie van de medische beoordeling in het werk van de arbeidsbemiddeling was hiermede nog niet verkregen. Zowel uit organisatorisch als uit medisch oogpunt achtte de directeur-generaal van het Rijksarbeidsbureau het noodzakelijk, dat de keuringen van werkzoekenden zouden worden verricht door aan dat bureau verbonden, op het gebied van de arbeid deskundige ambtenaren. In 1956 werd een begin gemaakt met de aanstelling van artsen in volle ambtelijke dienst bij het Rijksarbeidsbureau. In enkele jaren is deze afdeling zodanig ontwikkeld, dat de medische taken bij de arbeidsvoorziening nagenoeg uitsluitend door deze artsen worden verricht. Door deze ontwikkeling zijn verschillende voordelen verkregen. Het is van betekenis, dat deze artsen de organisatie en de taken van het Rijksarbeidsbureau kennen en dus weten, waarop hun adviezen moeten zijn gericht, en wie met hun adviezen moeten werken. Door het regelmatig ambtelijk contact tussen deze artsen en de bemiddelingsambtenaren ontstaat een samenwerking, die voor een goede uitvoering van de arbeidsbemiddeling niet gemist kan worden. Van meer principiële betekenis is echter, dat de artsen, die advies geven met betrekking tot arbeidsbemiddeling, belast worden met het probleem, dat in 1947 door de Minister van Sociale Zaken was gesteld nl. te adviseren welk soort werk de betrokken werkzoekende het best (of nog) kan doen; hun advies is niet gericht op goed- of afkeuring of op een percentageschatting van invaliditeit. Door deze probleemstelling is de beroepenkunde een onmisbaar deel geworden van de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling. De vele facetten hiervan komen het

best tot hun recht, wanneer de onderzoekende arts zich geheel in deze arbeidsgeschiktheidsbeoordeling en de daarmede samenhangende sociale problematiek kan verdiepen. In dit verband moet worden opgemerkt, dat het medisch advies zich tevens moet uitspreken over de vraag of de betrokkene de voor hem passend geachte arbeid wel kan uitoefenen op de wijze en in de arbeidsomstandigheden, zoals die in het normale bedrijfsleven voorkomen. Het is kennelijk de bedoeling van de wetgever geweest door middel van de Wet Plaatsing Minder-Valide Arbeidskrachten de plaatsingsmogelijkheden van gehandicapten in het normale bedrijfsleven zoveel mogelijk te benutten. De later in het leven geroepen regelingen voor beschutte arbeid zijn in wezen bestemd voor hen, die op grond van lichamelijke of geestelijke afwijkingen nog niet of niet meer tot arbeid in normale omstandigheden in staat zijn. De arbeidsgeschiktheidsbeoordeling van minder-validen bevat principieel een uitspraak over het deelnemen aan het normale arbeidsproces; deze beoordeling behoort daarom tot de taak van de uitvoeringsorganen van de arbeidsvoorziening.

Beroepskeuzevoorlichting.

Na 1945 is de beroepskeuzevoorlichting een functie van de arbeidsvoorziening geworden. De verschillende aspecten van de beroepskeuze ontvangen nu meer belangstelling, waarbij gewezen wordt op het belang van de beoordeling van de lichamelijke conditie van de candidaat met betrekking tot het uit te oefenen beroep. Reeds in het rapport van de Staatscommissie over de Werkloosheid van 1914 werd op het belang van een goede lichamelijke beoordeling van de te onderzoeken werkzoekenden en kinderen gewezen.
Ook op internationaal gebied ontstaat belangstelling voor verantwoorde beroepskeuzevoorlichting. De Internationale Arbeidsconferentie had reeds in 1929 in de Aanbeveling ter voorkoming van bedrijfsongevallen de aandacht gevestigd op het belang van beroepskeuzevoorlichting. In 1935 behandelde de Internationale Arbeidsconferentie de problemen van werkloosheid onder jeugdige arbeiders en noemde beroepskeuzevoorlichting als een van de te nemen maatregelen. Een resolutie uit 1938 om beroepskeuzevoorlichting op de agenda van een conferentie te plaatsen, werd in 1948 tot uitvoering gebracht en leidde in 1949 tot het aannemen van een Aanbeveling betreffende de beroepskeuzevoorlichting (No. 87). In deze Aanbeveling wordt bij herhaling gewezen op het grote nut van de beoordeling van de lichamelijke toestand van de te onderzoeken personen en op het belang van een goede beroepskeuzevoorlichting aan personen met lichamelijke of geestelijke gebreken of beperkingen. Geneeskundig onderzoek en adviezen voor verbetering van de lichamelijke toestand worden aanbevolen bij de maatregelen voor beroepskeuzevoorlichting. Met betrekking tot minder-validen wordt de samenwerking met revalidatiediensten van betekenis geacht. Deze voorzieningen worden aanbevolen zowel voor volwassenen als voor jeugdigen, waarbij scholieren zijn inbegrepen. Uit deze Aanbeveling blijkt, welke betekenis in de moderne inzichten aan de beoordeling van de lichamelijke toestand bij de beroepskeuze moet worden gehecht.
In 1953 vond in Montecatini de Eerste Internationale Werkconferentie over beroepskeuzevoorlichting plaats, georganiseerd door de Association Internationale d'Orientation Professionnelle. Bij de behandeling van de organisatie van de beroepskeuzevoorlichting bleek, dat in verschillende landen (België, Frankrijk, de Duitse Bondsrepubliek en Nederland) samenwerking met schoolartsen bestaat om medische informatie over de te onderzoeken scholieren te ontvangen. In Frankrijk ontvangen de artsen, die hieraan medewerken, een speciale opleiding

in beroepenkennis en beroepskeuzeproblemen. Deze conferentie sprak als een van haar wensen uit, dat de artsen, die aan beroepskeuzevoorlichting medewerken, hiervoor een speciale opleiding dienen te krijgen.
In Nederland werd in 1950 door het Centraal Comité van Samenwerking inzake Voorlichting bij Beroepskeuze en het Nederlands Instituut van Practiserende Psychologen een commissie ingesteld om de voorwaarden vast te stellen, waaraan verantwoorde beroepskeuzevoorlichting moet voldoen. Deze commissie stelt in haar rapport, dat een arts aan een beroepskeuze-instelling verbonden moet zijn, die het algemeen medisch aspect heeft te beharigen, en dat hij tot beroepskeuze-arts moet worden opgeleid.
Deze conclusie was aanleiding voor genoemd centraal comité om eind 1954 een commissie te benoemen, bestaande uit artsen, beroepskeuze-adviseurs en psychologen, met de opdracht richtlijnen samen te stellen t.a.v. de medische aspecten van de beroepskeuzevoorlichting. In april 1957 heeft deze commissie haar rapport gepubliceerd, waarin zij wijst op de noodzaak van het medisch onderzoek bij het beroepskeuze-advies. T.a.v. de "beroepskeuze-arts" wordt opgemerkt, dat deze artsen naast een psychologische en sociologische kennis een grote kennis moeten bezitten van vele beroepen en van de omstandigheden waarin deze worden uitgeoefend, alsmede van de lichamelijke eisen, welke deze beroepen aan de beoefenaars stellen. Voorts behandelt het rapport de medewerking van de schoolarts bij het onderzoek van schoolgaande advies-vragenden en van bedrijfsarts en arbeidsbureau-arts bij het onderzoek van niet meer schoolgaanden; bij de samenwerking van "beroepskeuze-arts", beroepskeuze-adviseur, psycholoog en psychiater worden richtlijnen gegeven omtrent het handelen ten aanzien van afwijkingen, die door de beroepskeuze-arts worden vastgesteld. Tenslotte dringt het rapport aan op het opstellen van medische beroepenbeschrijvingen, waarin enerzijds de functies en arbeidsomstandigheden van de beroepen worden beschreven en anderzijds de lichamelijke eisen die aan de beoefenaar van het beroep worden gesteld, met de contra-indicaties, die door bestaande afwijkingen tegen het bepaalde beroep bestaan.
Het rapport merkt op, dat de "beroepskeuze-arts" in Nederland nog niet bestaat; het geeft wel aan in welke gebieden deze arts zich nader zou moeten verdiepen.
De hier gemaakte opmerkingen zijn van betekenis voor het beleid van de afdeling arbeidsmedische aangelegenheden van het Rijksarbeidsbureau, daar de aan deze afdeling verbonden artsen als adviseur optreden voor de beroepskeuze-adviseurs van het Rijksarbeidsbureau.

Vakopleiding.

De vakopleiding van volwassenen is na 1945 tot ontwikkeling gekomen. De moderne gedachte van arbeidsvoorziening vraagt in zijn doelstelling het bedrijfsleven van geschikte arbeidskrachten te voorzien en de mogelijkheid te bieden deze arbeidskrachten op te leiden voor de beroepen, waarin behoefte aan geschoolde arbeidskrachten bestaat. Anderzijds maakt men bij de bestrijding van werkloosheid gebruik van vakopleiding van ongeschoolden en omscholing van hen, die door structurele veranderingen in hun oude beroep niet meer gehandhaafd kunnen worden. In ons land is de scholing van volwassenen door de overheid ter hand genomen in de gevallen, waarin het bedrijfsleven deze scholingsmogelijkheid onvoldoende opent.
In internationale samenwerking zijn de verschillende aspecten van de vakopleiding van volwassenen herhaaldelijk aan de orde geweest. De Internationale Arbeidsconferentie heeft reeds in 1939 Aanbevelingen aan-

vaard inzake vakopleiding en inzake het leerlingwezen. In 1950 werden deze Aanbevelingen vervangen door een verbeterde aanbeveling, die handelt over de vakopleiding van volwassenen, en daarbij in het bijzonder de aandacht vraagt voor de vakopleiding van minder-validen. In deze Aanbeveling wordt gezegd, dat de selectieprocedure een analyse van de fysieke toestand moet inhouden om de lichamelijke geschiktheid voor de gekozen opleiding en het uit te oefenen beroep te beoordelen. Ten aanzien van de minder-validen wordt bepleit, dat een medisch advies, dat moet bepalen dat het beroep verenigbaar is met de toestand van de minder-valide noodzakelijk is, dat medische revalidatie aan de vakopleiding moet voorafgaan, dat de vakopleiding zo mogelijk reeds in het stadium van de medische revalidatie moet aanvangen en dat er tijdens de opleiding een medische controle over de minder-validen moet zijn. Bij de herziening van deze Aanbeveling in 1962 werd ten aanzien van de lichamelijke beoordeling van de cursist geen nieuw standpunt ingenomen. De nieuwe Aanbeveling wijst erop, dat het medisch advies als onderdeel van de selectieprocedure, gebaseerd moet zijn op de specifieke physische beroepseisen. Hieruit kan worden afgeleid, dat het opstellen van de keuringscriteria tot de taak van de keurende medische organisatie gerekend moet worden.

Het totaal van activiteiten van het arbeidsbureau heeft zich in de jaren na 1945 ontwikkeld tot een dienst, die tal van specialistische werkzaamheden in zich heeft geïntegreerd, en op deze wijze de arbeidsbureaus steeds meer toerust voor hun taak.
Naar aanleiding van een tamelijk ingrijpende verandering in de gebiedsindeling van de gewestelijke arbeidsbureaus in 1964 gaf de directeur-generaal van de arbeidsvoorziening een toelichting, waarin hij duidelijk maakte, dat deze organisatorische wijziging de concretisering betekent van het beleid op het gebied der arbeidsvoorziening, dat streeft naar aanpassing aan de structurele wijzigingen in de Nederlandse samenleving. Uit deze verklaring zijn de volgende passages van bijzondere betekenis:
"In de eerste naoorlogse jaren was het arbeidsvoorzieningsbeleid gericht op herstel van oorlogsschade en het bestrijden van werkloosheid. De bemoeiingen van de arbeidsbureaus betroffen dan ook in het bijzonder het bemiddelen van de werkloze arbeider of arbeidster naar een passende plaats in het normale produktieproces. Daarbij werd grote aandacht besteed aan het zoeken naar betere perspectieven, in het bijzonder door scholing en herscholing. Deze was van grote betekenis voor de wederopbouw van ons land, temeer waar gedurende de bezettingsjaren de scholing van jongeren belemmeringen had ondervonden. Nadien waren het vooral de plaatsing of herplaatsing van gedemobiliseerde militairen, die de belangstelling vroegen.
Geleidelijk aan groeide ook het besef, dat er bijzondere aandacht moest worden besteed aan de gehandicapte mens. De vakbemiddeling werd verbeterd door de aanstelling van meer deskundigen uit de belangrijkste bedrijfstakken op de arbeidsbureaus. Door een en ander is geleidelijk aan steeds meer inzicht verkregen in de technische veranderingen van de beroepenwereld en van de werkgelegenheid en de veranderingen voortvloeiende uit conjuncturele ontwikkelingen en structurele veranderingen, als gevolg van sociale, economische en politieke ontwikkelingen hier te lande en in de gehele wereld. Meer en meer is daardoor het arbeidsvoorzieningsbeleid gericht op het voorkomen van werkloosheid bij de beroepsbevolking. Vanzelfsprekend is de vaststelling van een goed perspectief voor de jeugd van Nederland van toenemend belang. De arbeidsbureaus hebben daarbij een veelomvattende taak verkregen ten aanzien van de voorlichting van de jeugd en het zo goed mogelijk vaststellen van

de potentiële bekwaamheden van deze jeugd om een zo groot mogelijke arbeidsvreugde en materiële welvaart bereikbaar te maken. De belangstelling van werknemers en werkgevers voor een goede arbeidsvoorziening en het verkrijgen van een juist inzicht in allerlei ontwikkelingen op de arbeidsmarkt is door deze uitbreiding van taken, gepaard gaande aan een verdiepte en betere service-verlening der arbeidsbureaus, gestimuleerd.
Het zal duidelijk zijn, dat de gevarieerde en specialistische service-verlening hogere eisen stelt aan het personeel en ook aan de organisatie van de Directie voor de Arbeidsvoorziening op nationaal en op regionaal niveau".

Een deel van deze specialistische service-verlening ligt in het gebied van de sociale geneeskunde en vereist daarom de medewerking van de sociaal-geneeskundige aan de moderne ontwikkeling van de arbeidsbemiddeling.

* * * * *

HOOFDSTUK II

DE TAAK EN WERKWIJZE VAN HET ARBEIDSBUREAU

De werkzaamheden van het huidige arbeidsbureau zijn omvangrijker dan het tot elkander brengen van werkzoekende en werkgever; de beroepskeuzevoorlichting en de vakopleiding van volwassenen zijn onder meer in de taken van het arbeidsbureau opgenomen.

VOORBEREIDING TOT NORMALE ARBEID

De arbeidsbemiddeling blijft echter de belangrijkste functie van het arbeidsbureau. De arbeidsbemiddeling wordt in de gewestelijke arbeidsbureaus uitgevoerd in secties, die zich richten op de behoeften van de industrieën en ondernemingen van het gebied, waarin het arbeidsbureau werkt. Vaksecties voor textiel of voor lederindustrie vindt men alleen bij de arbeidsbureaus in gebieden, waar deze industrieën een belangrijk deel van de beroepsbevolking werk bieden; secties voor handels- en kantoorpersoneel en voor lager personeel treft men op ieder arbeidsbureau. Naast deze vaksecties zijn er afdelingen voor jeugdbemiddeling en voor de bemiddeling van mindervaliden, de zgn. bijzondere bemiddeling. Aan de ambtenaren, die met laatstgenoemde taken zijn belast, worden speciale eisen gesteld: de jeugdconsulent moet in bijzondere mate in staat zijn beroepenvoorlichting aan de jeugd te geven, terwijl de ambtenaar voor de bijzondere bemiddeling zich speciaal met revalidatieproblemen bezig moet houden.
Uit deze opbouw van de organisatie van het arbeidsbureau valt af te leiden, dat de oorspronkelijke selectie-criteria n.l. die naar de vakbekwaamheid van de werkzoekende, nog steeds een hoge prioriteit bezitten. Er is weliswaar een accentverschuiving waar te nemen in deze zin, dat de bemiddelende ambtenaar niet alleen let op de vakbekwaamheid, die de werkzoekende heeft als hij zich tot het arbeidsbureau wendt, maar in de daarvoor geëigende gevallen zal wijzen op de mogelijkheden, die door middel van vakopleiding kunnen worden verkregen.
Het onderzoek naar de lichamelijke en psychologische geschiktheid voor het beroep, waarvoor de werkzoekende zich aanbiedt, wordt alleen ingesteld wanneer de bemiddelaar hiertoe aanleiding ziet. In de meeste gevallen laat het arbeidsverleden geen twijfel bestaan aan de geschiktheid voor het uitgeoefende beroep. Iemand, die steeds als metselaar heeft gewerkt, kan zonder bezwaar opnieuw als metselaar worden bemiddeld als er geen aanwijzingen zijn van het tegendeel. Wanneer de werkzoekende zich echter ongeschikt acht voor het werk dat hij deed, of wanneer de ongeschiktheid blijkt uit de reden van het ontslag, is een dieper onderzoek vaak nodig. Voor de psychotechnische beoordeling wordt gebruik gemaakt van de afdelingen voor de beroepskeuzevoorlichting, die aan het arbeidsbureau zijn verbonden; voor het bepalen van de beperkingen in de gezondheidstoestand verlenen de artsen van de afdeling arbeidsmedische aangelegenheden hun medewerking. Wanneer blijkt, dat de arbeidsinpassing op grond van sociale conflict-situaties bijzonder moeilijk is, kan bij de grotere arbeidsbureaus de hulp van een speciaal geschoolde ambtenaar worden ingeroepen; bij de kleinere bureaus zal de directeur zich vaak persoonlijk met deze gevallen bezig houden.
In het vorige hoofdstuk werd op blz. 27 medegedeeld, dat de medewerking van plaatselijk gevestigde artsen sinds 1956 vervangen is door de instelling van een afdeling voor arbeidsmedische aangelegenheden bij het Rijksarbeidsbureau, waaraan artsen in vol-ambtelijke dienst zijn verbonden. Deze verandering beoogde vooral voordelen van organisatorische aard. Bovendien kunnen deze artsen zich beter verdiepen in de medische

aspecten van de beroepen en zal zich een intensieve samenwerking met de bemiddelingsambtenaren kunnen ontwikkelen. Voor de gevallen, waarin de moeilijkheden met arbeidsinpassing in de medische sfeer liggen, is dit contact met de bemiddelingsambtenaren bijzonder waardevol gebleken. Aangezien het niet gewenst en ook niet uitvoerbaar is elke werkzoekende aan een geneeskundig onderzoek te onderwerpen, zijn er bepaalde regels gesteld, die betrekking hebben op het aanvragen van een medisch onderzoek door een bemiddelingsambtenaar. Voor alle personen, die als minder-valide bij de afdelingen voor de bijzondere bemiddeling worden ingeschreven, moet echter wel een geneeskundig onderzoek door de arts van het Rijksarbeidsbureau worden aangevraagd. Voorts kan een onderzoek worden ingesteld, als de bemiddelingsambtenaar twijfelt aan de lichamelijke of geestelijke geschiktheid van de werkzoekende voor het beroep waarvoor deze zich heeft laten inschrijven. In de voorgeschiedenis van de werkzoekende kunnen langdurige ziekteperioden zijn voorgekomen, welke het noodzakelijk maken, dat de bemiddelaar informatie behoeft omtrent de geschiktheid tot werken; ook kan de betrokkene op grond van lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid ontslag hebben gekregen of genomen. De reden voor het beëindigen van het laatste dienstverband kan de bemiddelaar een betrouwbaar beeld geven van de geschiktheid van de werkzoekende voor het werk, dat hij heeft gedaan en soms voor het werk, dat hij wil gaan doen. Door deze informatie bij de keuringsaanvrage aan de arts door te geven beschikt de arts over objectieve gegevens over de geleverde arbeidsprestatie van de man of de vrouw, die hij onderzoekt.
Een andere reden voor overleg met de arts doet zich voor als een bedrijfsvereniging over bepaalde personen een advies omtrent hun arbeidsgeschiktheid vraagt, of hun opdraagt zich voor passend werk tot een arbeidsbureau te wenden. In deze gevallen heeft de controlerende arts van de bedrijfsvereniging de patiënt blijvend ongeschikt geacht voor werk in de eigen bedrijfsgroep, maar de mogelijkheid van passend werk in een ander beroep zou kunnen bestaan. Voor advies in deze gevallen, eventueel voor vakopleiding en bemiddeling, wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van de diensten van de arbeidsbureaus. Dat hierbij een nauwe samenwerking is ontstaan tussen de medische diensten van de bedrijfsverenigingen en van het arbeidsbureau ligt voor de hand.
Voorts heeft de afdeling arbeidsmedische aangelegenheden een aandeel bij de selectie voor de v a k o p l e i d i n g van volwassenen. Ook hier geldt, dat een systematisch geneeskundig onderzoek van elke candidaat voor vakopleiding niet uitvoerbaar en ook niet noodzakelijk is. Slechts de cursisten, die worden opgeleid voor beroepen, die tot de zware lichamelijke arbeid worden gerekend, worden allen vooraf aan een geneeskundig onderzoek onderworpen. Voorts worden de personen gekeurd, waarvan de arts, op grond van een ingevulde vragenlijst, de keuring nodig acht. Bij de geneeskundige selectie voor vakopleiding heeft het psychologisch onderzoek reeds plaats gehad en dus weet de arts voor welk beroep de cursist wil worden opgeleid. Het medisch advies kan zich derhalve richten op de eisen, die aan deze beroepsrichting zijn gebonden. Bij deze selectie gaat het om de positieve eisen, die door de beroepen aan hun beoefenaars worden gesteld, d.w.z. de fysieke geschiktheid, die de toekomstige beroepsbeoefenaar moet bezitten om het beroep, waartoe hij wil worden opgeleid, naar behoren te kunnen uitoefenen. Hierbij gaat het niet om minder-validen, maar om valide adspirant-cursisten, omdat ook bij validen een lichamelijke conditie kan bestaan, die hen voor bepaalde beroepen minder geschikt of zelfs ongeschikt maakt.
Wanneer tot de opleiding van gehandicapten moet worden besloten is het

advies van de arts, die een gedegen beroepenkennis en ervaring bezit, onmisbaar. Bij de selectie voor vakopleiding van minder-validen is de keus uit de beroepen, die uit psychotechnische overwegingen voor de candidaat ter beschikking zijn, door de lichamelijke beperkingen verkleind. Bij minder-validen moet teven rekening worden gehouden met de technische aanpassingen, die in het bedrijfsleven realiseerbaar zijn. Het verband tussen vakopleiding en arbeidsbemiddeling van minder-validen is dan ook zeer nauw; in de meeste gevallen is het juist de ambtenaar voor de bijzondere bemiddeling, die het initiatief tot een opleiding neemt. De artsen van de afdeling arbeidsmedische aangelegenheden van het Rijksarbeidsbureau bezoeken de centra voor vakopleiding regelmatig en oefenen een bedrijfsgeneeskundig toezicht over de cursisten uit. Hieraan bestaat des te meer behoefte naarmate het aantal minder-validen, dat op deze centra een vakopleiding ontvangt, toeneemt. In vele gevallen zal het wenselijk zijn het geneeskundig onderzoek tijdens de opleiding te herhalen b.v. wanneer de minder-valide na een onderbreking de opleiding hervat, of wanneer de arts een nieuw onderzoek in verband met de aanstaande arbeidsbemiddeling nodig oordeelt.
Tussen de medische dienst en de afdeling beroepskeuzevoorlichting van het Rijksarbeidsbureau bestaat eveneens een nauwe samenwerking. Er is echter een onderscheid in de gevallen, waarin de beroepskeuze-adviseur hulp verleent aan ingeschreven werkzoekenden, en de activiteiten van deze afdeling als openbaar orgaan voor beroepskeuzevoorlichting. Met betrekking tot de arbeidsbemiddeling kan het uiteraard voorkomen, dat de beroepskeuze-adviseur redenen voor de beoordeling van de gezondheidstoestand bij een werkzoekende ziet, die aan de bemiddelaar waren ontgaan. In de meeste gevallen echter heeft het medisch onderzoek reeds plaats gehad op verzoek van de bemiddelaar en is het resultaat van dit onderzoek aan de beroepskeuze-adviseur bekend.
De samenwerking tussen de afdelingen arbeidsmedische aangelegenheden en beroepskeuzevoorlichting inzake degenen, die zich alleen voor een beroepskeuzeadvies tot een arbeidsbureau wenden, is nog in ontwikkeling. Voor zover deze adviezen gevraagd worden door ouders van schoolgaande kinderen is overleg met schoolartsendiensten van betekenis. In enkele plaatsen van het land is een begin gemaakt met samenwerking met schoolartsen inzake beroepskeuzevoorlichting aan gehandicapte schoolkinderen. De schoolarts zal de ouders van deze kinderen inlichten omtrent de betekenis van een beroepskeuzeadvies, waarbij met de lichamelijke toestand van het kind rekening wordt gehouden met het oog op vakopleiding en latere beroepsuitoefening. Hoewel uiteraard alle bureaus voor beroepskeuzevoorlichting adviezen kunnen geven, wordt bij de arbeidsbureaus bijzondere aandacht aan deze groep gegeven, en is een nauw contact ontstaan tussen de medische adviseurs, de schoolartsen en de afdelingen voor beroepskeuzevoorlichting.
De beroepenvoorlichting behoort eveneens tot de taken van het arbeidsbureau; de jeugd heeft behoefte aan deskundige voorlichting in de doolhof van de beroepenwereld. Het is zowel voor de jongeman of jonge vrouw, die de maatschappij binnentreedt als voor het bedrijfsleven van betekenis, dat een juiste keuze wordt gemaakt. Daarom is het nodig dat degene, die een beroepskeuze moet maken, tevoren kan worden georiënteerd over de inhoud van de beroepen. Hiertoe vervullen de beroepententoonstellingen met deskundige voorlichting door de jeugdconsulenten een belangrijke dienst aan de Nederlandse jeugd. De analyse van beroepen en functies behoort reeds geruime tijd tot de werkzaamheden van het Rijksarbeidsbureau. De publicatie van het resultaat van deze studies in de vorm van beroepsbeelden is van belang voor velen, die met de nauwkeurige inhoud van beroepen vertrouwd moeten zijn. Zowel de afdelingen beroepskeuzevoorlichting als arbeidsmedische aangelegenheden werken mee aan de be-

studering van de beroepen uit psychotechnisch en medisch opzicht. De betekenis van deze samenwerking tussen functie-analyse en medische beoordeling, die tot een arbeidsgeschiktheidsbepaling moet leiden, wordt in het volgende hoofdstuk nader uitgewerkt.

VERWIJZING NAAR BESCHUTTE ARBEID

Uit de taakomschrijving van de arbeidsvoorziening volgt, dat deze zich richt in de eerste plaats op het normale bedrijfsleven: arbeidsbemiddeling heeft ten doel het contact te leggen tussen werkzoekende en werkgever en vervult daarmede een economische taak. Uit de taakomschrijving volgt ook, dat werkloosheidsbestrijding tot de arbeidsvoorziening behoort: dit wordt o.a. gerealiseerd door het scheppen van aanvullende werkgelegenheid voor hen, die in het normale bedrijfsleven wel kunnen werken, maar dit werk niet kunnen verkrijgen.
Naast deze vorm van werklozenzorg bestaat er behoefte aan arbeidsvoorziening voor hen, die niet in staat zijn de arbeidsprestatie voor het normale bedrijfsleven op te brengen, maar die niettemin door hun resterend arbeidsvermogen werk van economische waarde kunnen volbrengen. Bovendien is het feit, dat zij werken, uit psychologisch oogpunt voor henzelf van betekenis. In Nederland heeft het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid richtlijnen opgesteld voor het laten verrichten van arbeid onder bijzondere omstandigheden; dit werk wordt vanwege genoemd ministerie gesubsidieerd. Deze arbeid heet in Nederland "beschutte arbeid" en wordt meestal in z.g. "sociale werkplaatsen" uitgevoerd. Ook zijn er werkobjecten in de open lucht, lichte vormen van grondwerk, onderhoud van plantsoenen e.d. Thans zijn er in ons land ongeveer 200 sociale werkplaatsen; de capaciteit van werkplaatsen en objecten bedraagt ongeveer 25.000 plaatsen. De werkplaatsen zijn in de regel bezet door lichamelijk en geestelijk gehandicapten, terwijl de buitenobjecten veelal worden gebruikt voor de plaatsing van sociaal moeilijk plaatsbaren.
De uitvoering van deze werkplaatsen en objecten geschiedt door gemeenten en door stichtingen. De Rijksoverheid verleent subsidie volgens de Gemeentelijke Sociale Werkvoorzieningsregeling voor Handarbeiders (G.S.W.-regeling), terwijl ook aan intellectuelen arbeid krachtens de Sociale Werkvoorzieningsregeling voor Hoofdarbeiders (S.W.H.-regeling) kan worden geboden.
In de procedure van plaatsing in beschutte arbeid staat het arbeidsbureau niet afzijdig. Om voor subsidie onder genoemde regelingen in aanmerking te komen, moeten de betrokkenen bij een arbeidsbureau zijn ingeschreven. Het arbeidsbureau is voorts vertegenwoordigd in de plaatsingscommissie. Hierdoor wordt bereikt, dat slechts die personen in beschutte arbeid worden geplaatst, die niet in staat zijn onder normale omstandigheden arbeid te verrichten. De beslissing of een minder-valide nog wel of niet meer normale arbeid kan verrichten, is vaak moeilijk te nemen. Het medisch advies kan in vele gevallen aangeven, welke beroepshandelingen wèl en welke niet mogelijk zijn, maar dit omvat niet alle factoren van aanpassing aan normale arbeid. In de regel zal de ambtenaar voor de bijzondere bemiddeling vele en vaak moeizame pogingen tot plaatsing in normale arbeid doen, alvorens tot tewerkstelling in beschutte arbeid wordt overgegaan. Ook kan het werk in beschutte arbeid dienen om personen, die langere tijd niet hebben gewerkt, weer te gewennen aan de gang van zaken van een normale werkkring en hun een zekere arbeidstraining te geven. De bemoeienis van het arbeidsbureau is derhalve niet geëindigd, wanneer de betrokkene in beschutte arbeid is geplaatst, tenzij door de aard en de uitbreiding van de aandoening en de leeftijd van de betrokkene de overgang van beschutte arbeid naar normale arbeid rede-

lijkerwijs niet meer kan worden verwacht. De doorstroming van beschutte naar normale arbeid is dus een belangrijke functie van deze vorm van werkvoorziening.
In de bestudering van het materiaal van het Rijksarbeidsbureau zal dan ook, naast de plaatsingen in normale arbeid, aandacht worden geschonken aan plaatsing in beschutte arbeid en aan de overgang van beschutte naar normale arbeid.

Ondanks zijn verschillende taken kan de functie van het arbeidsbureau in Nederland kort worden gekenschetst als een gemeenschappelijk uitgevoerde activiteit van arbeidsvoorziening. Daarvoor is een nauwe samenwerking tussen de verschillende ambtenaren, elk met hun eigen specifieke bekwaamheden of specialismen, noodzakelijk. In dit team heeft de arts zijn eigen plaats gekregen.
Het medisch element heeft een duidelijk omschreven taak binnen de activiteiten van de arbeidsvoorziening gekregen. Deze toepassing van de medische kennis en ervaring voldoet aan de criteria, door MUNTENDAM geformuleerd, als definitie van sociale geneeskunde n.l. als een "deel van de geneeskunde, dat het verband tussen gezondheid en ziekte enerzijds, en de maatschappij en haar groeperingen anderzijds tot onderwerp van studie heeft, de uit deze studie voortkomende maatregelen ter bevordering van gezondheid en ter voorkoming, bestrijding en herstel van ziekten vaststelt en de voorwaarden bestudeert tot uitvoering van deze maatregelen". De medische taak bij de arbeidsvoorziening streeft naar de aanpassing van de mens in passende arbeid, zodat de relatie tussen gezondheidstoestand en maatschappij duidelijk is, terwijl de maatregelen voor het bereiken van passende arbeid voor mindervaliden door hun preventief karakter gerekend moet worden tot de maatregelen ter voorkoming en herstel van ziekten. Derhalve behoort de medische activiteit in het kader van de arbeidsvoorziening tot de sociale geneeskunde. Deze vorm van sociale geneeskunde vraagt speciale aandacht voor de beroepenkunde, inzonderheid gericht op de lichamelijke eisen, die aan de beoefenaars van de beroepen worden gesteld en voor de bepaling van de arbeidsgeschiktheid van personen met lichamelijke of geestelijke gebreken, kwalen of afwijkingen.

* * * * *

HOOFDSTUK III

ARBEIDSGESCHIKTHEID

In het historisch overzicht werd vermeld, dat de Minister van Sociale Zaken in de Memorie van Antwoord van de Wet Plaatsing Minder-Valide Arbeidskrachten omtrent de keuring van minder-validen opmerkte, "dat er naar gestreefd zal moeten worden de keuring meer te richten op een beoordeling welk soort werk iemand het best kan verrichten dan op een beslissing tussen goed- en afkeuren." De juistheid van deze visie werd bij de openbare behandeling in de Tweede Kamer onderstreept. Het ligt voor de hand dat het uitvoeringsorgaan deze visie als een aanwijzing beschouwt voor de wijze waarop de wet moet worden toegepast, en hoe de problemen die met deze wet samenhangen moeten worden benaderd.

De hier bedoelde uitspraak omtrent de medische keuring dient dan ook gezien te worden als de basis van het sociaal-geneeskundig handelen in verband met de arbeidsbemiddeling van minder-validen. De aanwijzing aan de keurende arts om, "vast te stellen welk beroep voor de minder-valide het beste is", richt het advies op het directe verband tussen de lichamelijke beoordeling en de uitoefening van een beroep, althans op het verrichten van beroepshandelingen. Dit verband wordt nog duidelijker als men bedenkt dat het verrichten van arbeid de bedoeling moet hebben in het levensonderhoud te voorzien. Om nu te kunnen bepalen of een minder-valide geschikt is voor arbeid waarmede hij in zijn levensonderhoud kan voorzien, moet worden vastgesteld welke beroepshandelingen hij kan doen en moet op grond daarvan het beroep dat hij het beste kan uitoefenen worden gekozen.

Aan het zoeken naar het juiste beroep moet een onderzoek naar de arbeidsgeschiktheid voorafgaan. Het hier bedoelde begrip arbeidsgeschiktheid is ruimer dan de lichamelijke arbeidsgeschiktheid, en omvat ook de intelligentie en de psychische structuur zowel als sociale factoren. Deze factoren hebben niet alleen betrekking op de mate van sociale aanpassing die door de minder-valide is bereikt; de situatie op de arbeidsmarkt en de plaatsingsmogelijkheden moeten evenzeer in de beoordeling worden betrokken. Het onderzoek naar afwijkingen in de somatische en psychische conditie van de werkzoekende behoort tot de taak van de geneeskundige. Dit geschiktheidsonderzoek is uiteraard aangewezen bij personen van wie bekend is of bij wie vermoed wordt, dat zij somatisch of psychische afwijkingen vertonen, of aan ziekten hebben geleden, die nog een invloed op de arbeidsgeschiktheid kunnen uitoefenen. De aard en de omvang van de restverschijnselen zijn niet bepalend voor de noodzakelijkheid van het geneeskundig onderzoek; afwijkingen van ogenschijnlijk geringe omvang kunnen niettemin een storende invloed uitoefenen op bepaalde beroepshandelingen. Voorts kunnen bepaalde beroepen specifieke eisen stellen aan de fysieke of psychische conditie van hen die dat beroep uitoefenen. Een medisch onderzoek is dan noodzakelijk om na te gaan, of een bepaalde werkzoekende aan de eisen van dat beroep zal kunnen voldoen. Dit medisch onderzoek vertoont grote overeenkomst met het bedrijfsgeneeskundig onderzoek en moet derhalve duidelijk op de uitoefening van de beroepshandelingen zijn gericht. Dit gerichte onderzoek is binnen het kader van de arbeidsvoorziening noodzakelijk voor beroepskeuzevoorlichting, voor vakopleiding en voor arbeidsbemiddeling. Het vraagt van de arts een grote kennis van de beroepen en van de omstandigheden, waaronder zij worden uitgeoefend. Hij zal het juiste inzicht in deze problematiek zich eigen kunnen maken door beroepenstudie, samenwerking met de beroependeskundigen en deskundigen uit de arbeidsbemiddeling. Deze samen-

werking is van uitermate grote betekenis, daar het van het advies van de arts afhankelijk is, welke vorm van beroepsuitoefening voor een bepaalde (minder-valide) werkzoekende mogelijk en verantwoord wordt geacht.
Bij de personen die reeds hebben gewerkt, en die na een opgetreden ziekte of ongeval duidelijke restverschijnselen vertonen, moet in de eerste plaats worden beoordeeld of het defect de uitoefening van het oude beroep beïnvloedt. Het feit dat er blijvende beperkingen in de lichamelijke verrichtingen zijn overgebleven is op zichzelf niet voldoende om de arbeidsgeschiktheid te beïnvloeden en tot ingrijpende veranderingen in het arbeidsproces te leiden en zelfs het verbreken van bestaande arbeidsverhoudingen te motiveren. Beroepsverandering op grond van opgetreden lichamelijke defecten dient te worden onderzocht in verband met de beroepseisen van het uitgeoefende beroep of de uitgeoefende functie.
Blijkt echter uit dit onderzoek, dat het vroegere beroep niet meer naar behoren kan worden uitgeoefend - waarbij ook de individuele verschillen in werksituaties en de mogelijkheid van aanpassing door technische hulpmiddelen in overweging moet worden genomen - dan moet worden uitgezien naar de plaatsingsmogelijkheid in andere werkzaamheden, waarbij de beoordeling van de mogelijkheid tot opleiding voor een ander beroep tevens moet worden overwogen. Zij die nog niet hebben gewerkt - en dit zullen meestal jeugdigen zijn - verkeren in een soortgelijke situatie als degenen die tot beroepsverandering zijn gedwongen: de selectie van passende arbeid. In deze situaties is het voor de arts mogelijk aanwijzingen te geven die tot een passende arbeidsbemiddeling leiden. De arts moet aan de ambtenaren van beroepskeuzevoorlichting, vakopleiding en arbeidsbemiddeling een inzicht geven omtrent de resterende lichamelijke functies en de beperkingen die door de invaliditeitsoorzaak zijn ontstaan.
Een van de grootste moeilijkheden bij de arbeidsgeschiktheidsbepaling is het beoordelen van de gedeeltelijk gestoorde functie. Dit is juist bij de meeste gehandicapten het geval. Alleen de arts kan, op grond van zijn inzicht in de aard van de afwijkingen en de eisen van de beroepen de beroepskeuze-adviseur, de instructeur voor vakopleiding en de arbeidsbemiddelaar de noodzakelijke voorlichting geven. Deze voorlichting gaat dus veel verder en is anders van aard dan het alleen afwijzen van bepaalde vormen van arbeid. Het is noodzakelijk dat de arts, die de arbeidsgeschiktheid van personen ten opzichte van een bepaalde beroepsuitoefening moet waarderen gebruik maakt van een methodiek, die afweging van de uitvoerbare arbeidsverrichtingen van de werker en de voor het werk noodzakelijke arbeidsprestatie mogelijk maakt. Deze wederzijdse aanpassing van mens aan arbeid is steeds een der taken van de bedrijfsgeneeskunde geweest. De beoordeling van deze aanpassing behoort ook tot de taken der arbeidsbemiddeling, omdat de plaatsing van personen met lichamelijke defecten of gebreken niet mag worden ondernomen voor arbeidsplaatsen, die de betrokkene niet kan volbrengen of hem schade zouden berokkenen. De beoordeling door de bedrijfsarts en door de arts bij de arbeidsvoorziening dienen derhalve gelijk gericht te zijn. De bedrijfsarts behoeft bij gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid slechts te overwegen of de betrokken werknemer geschikt is voor functies waarin plaatsingsmogelijkheden bestaan bij het bedrijf waaraan hij verbonden is.
Bij de arbeidsvoorziening zal de arts een breder overzicht over beroepen en beroepengroepen moeten hebben, om de bemiddelingsambtenaar aanwijzingen te kunnen geven voor welke vormen van arbeid de gehandicapte niet, en voor welke hij wel geschikt is.

BURGER analyseert deze aanpassing in het vormen van een oordeel over de arbeidsbelasting enerzijds en anderzijds van de belastbaarheid respectievelijk de arbeidscapaciteit van de werker. Hij geeft aan dat voor het vaststellen van de belastbaarheid de reacties van het gezonde of het lichamelijk respectievelijk psychisch gestoorde individu bekend moeten zijn. Hiermede bedoelt hij dat de ergonomische analyse moet zijn ingesteld op een functionele beoordeling van het individu of van de groep, en dat getracht moet worden zowel uit waarnemingen in de arbeidssituatie als door reacties op gestandaardiseerde arbeidstests een oordeel over de belastbaarheid tijdens de arbeid gevormd moet worden.
Hieruit volgt dat zich voor de bedrijfsarts twee gebieden voordoen, waarop hij zijn aandacht moet richten:

1. groepsbeoordeling, d.w.z. de beoordeling van de geschiktheid van jeugdigen, vrouwen, oudere personen of gehandicapten voor een bepaald type van werk;
2. individuele beoordeling in het kader van de revalidatie van herstelde zieken en gehandicapten en arbeiders, die met klachten over het werk het bedrijfsgeneeskundig spreekuur bezoeken.

Het is van belang na te gaan of de methodieken die in de bedrijfsgeneeskunde worden gehanteerd, ook voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van gehandicapten gebruikt kunnen worden.
De beoordeling van de mogelijkheid van aanpassing van de gehandicapte aan de eisen die door het verrichten van arbeid worden gesteld valt in drie aspecten uiteen:

1. kan de gehandicapte de vereiste inspanning gedurende de voorgeschreven tijd en in het opgelegde tempo volhouden;
2. is de gehandicapte ondanks zijn mogelijke beperkingen in staat de vereiste beroepshandelingen uit te voeren;
3. is de gehandicapte, in verband met de oorzaak en de gevolgen van zijn ziekte of gebrek in staat te werken in de arbeidsomstandigheden, waaronder die werkzaamheden moeten worden verricht, zonder zijn eigen gezondheid en veiligheid te schaden of de veiligheid van anderen in gevaar te brengen.

ad 1. De vraag naar het uithoudingsvermogen van de gehandicapte t.o.v. de eisen van de arbeid is in wezen een onderzoek naar de belastbaarheid van de onderzochte personen.

Om deze beoordeling te objectiveren is het nodig concrete meetmethoden te ontwikkelen, waardoor de arbeidsbelasting en de belastbaarheid kan worden bepaald. BURGER is bovendien van mening dat hiernaast de subjectieve waardebepaling een plaats moet hebben. Het ligt voor de hand dat in de bedrijfsgeneeskunde - die zich hoofdzakelijk bezig houdt met de aanpassing van de gezonde mens aan zijn arbeid - de gewoonte bestaat om de zwaarte van de taak, d.i. de arbeidsbelasting te beoordelen naar het zuurstofgebruik. Daar de meting hiervan in de praktijk vaak bezwaren oplevert, hebben verschillende onderzoekers van de polsfrequentie gebruik gemaakt voor het vaststellen van het calorieëngebruik en dus voor de bepaling van de zwaarte van de arbeid (BINK, BONJER en VAN DER SLUYS; FORTUIN).
BURGER heeft met zijn medewerkers ter beoordeling van de hartarbeid de Hart Werk Index (H.W.I.) ontwikkeld, die berekend wordt uit de polsfrequentie, de systolische en de diastolische bloeddruk, en welke bij verschillende arbeidsbelasting wordt bepaald. Deze methode zou een scheiding tussen normale en pathologische reacties toelaten en aanwijzingen geven omtrent de belastbaarheid van de onderzochte personen.
De bepaling van deze Hart Werk Index geschiedt door de meting van polsfrequentie en bloeddruk tijdens de arbeidsbelastingsproef op de ergometerfiets. Daardoor zal deze H.W.I. nauwkeuriger gegevens over de be-

lastbaarheid van de onderzochte personen opleveren, dan de functie-proeven die zich richten op de regulatiemechanismen nà de arbeid (zoals b.v. de Master test). Bij deze methoden wordt het herstel gemeten 2 minuten na het verrichten van de arbeid. Bij onvoldoende herstel kan echter de oorzaak van het onvoldoende herstel niet worden vastgesteld. Toch kan aan deze eenvoudige methoden, zoals de Master Test, een duidelijke betekenis worden toegekend wanneer de herstelperiode normaal is. Ook zal een onvoldoend herstel tot voorzichtigheid manen in de gevallen waarin zware lichamelijke inspanning moet worden verricht. Tevens moet het onvoldoende herstel bij deze eenvoudige methoden de aanwijzing geven om dieper naar de oorzaak van de afwijking te zoeken.
FORTUIN wijst erop dat er voor elke persoon een bepaalde relatie bestaat tussen polsfrequentie en zuurstofverbruik en de zwaarte van de arbeid. Wanneer deze relatie bekend is, dan is de polsfrequentie dus een maatstaf voor het zuurstofverbruik en de arbeidsprestatie.
Hiervoor is het vaststellen van een ijkcurve nodig, door bij verschillende belastingen op de ergometerfiets polsfrequentie en zuurstofverbruik te bepalen. Men kan - sterk vereenvoudigend - de ijkcurve en de ergometerfiets weglaten en uitsluitend afgaan op de tijdens het werk gevonden polsfrequentie. Hierbij worden dan de persoonlijke verschillen van de ijkcurven - die nogal uiteen kunnen lopen - genegeerd en wordt het resultaat van het onderzoek eerder een schatting dan een meting. Hij acht deze schatting niettemin van betekenis omdat deze eenvoudige methode direct een inzicht geeft in de reactie van de betrokken proefpersoon op zijn werk.
Bij de revalidatie kan dit een zeer nuttig gegeven zijn, omdat hieruit de conclusie kan volgen dat een bepaalde arbeid v o o r d e z e p e r s o o n als licht, matig zwaar, zwaar of zeer zwaar moet worden beschouwd.
HOLLDACK citeert REINDELL, die eveneens wijst op de relatie tussen zuurstofverbruik en polsfrequentie, en concludeert dat het tellen van de polsfrequentie in de regel voldoende is. Evenals FORTUIN onderstreept HOLLDACK de noodzakelijkheid om dit tellen nauwkeurig te doen, daar door de omrekening van secondenwaarden in minutenfrequentie de onnauwkeurigheden in de waarneming tot storende fouten worden vergroot.
Voor de routine-onderzoeken in de dagelijkse praktijk van de bepaling van de arbeidsgeschiktheid van gehandicapten - zoals dit ook bij de arbeidsbureaus plaats vindt - stuit het uitvoeren van exacte belastingsproeven op bezwaren. Vele gehandicapten zullen moeilijk de noodzakelijke medewerking aan deze belastingsproeven geven; bovendien zijn de technische voorzieningen hiervan kostbaar, en is het moeilijk het benodigde personeel ter beschikking te krijgen. Daarom zal het uitvoeren van nauwkeurige onderzoekingen van hart- en longfunctie aan klinische en poliklinische centra voorbehouden blijven. Voor de onderzoekingen door sociaal-geneeskundigen kan een eenvoudige methode, zoals b.v. de two-step-test van Master met telling van de polsfrequentie, een eerste aanwijzing geven omtrent genoemde functies, terwijl voor de moeilijker gevallen uit overleg met de behandelende specialisten de nodige gegevens kunnen worden verkregen, om de beoordeling van arbeidsmogelijkheden uitvoerbaar te maken.

ad. 2. De beperkingen van de gehandicapten kunnen zowel de motoriek als de zintuigfuncties betreffen. De motoriek kan door anatomische afwijkingen of door stoornissen in de controle over de bewegingen beperkt zijn.
Beperkingen in de zintuigfuncties geven uiteraard repercussies op de uitoefening van beroepshandelingen.
Het verband tussen deze lichamelijke verrichtingen en de lichamelijke eisen van het beroep moeten afgewogen worden.

FORSSMAN bepleitte in 1952 tijdens het seminar on occupational health services, dat door het Regionale Bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie werd georganiseerd de betekenis van de functie-analyse voor de juiste plaatsing van werknemers. Hij zegt hier: "it is very important that the results of the job analyses and the health examination are written in a manner that is intelligable to the personnel officer, the manager and the foreman, as well as to the industrial physician".
Wat hier gesteld wordt als noodzakelijk voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van gezonden, geldt zeker ook voor de beoordeling van minder-validen; hier is het nog dringender noodzakelijk dat de keurende arts en de bemiddelaar elkaars taal verstaan.
Verschillende methoden van functie-analyse zijn uitgewerkt. HANMAN gaat zeer ver in de detaillering, die niet alleen betrekking heeft op de lichamelijke eisen van het werk, maar ook op de tijdsduur die de verschillende arbeidsverrichtingen innemen. In zijn oorspronkelijke publicatie onderscheidt HANMAN 49 factoren in lichamelijke verrichtingen en 30 in arbeidsomstandigheden.
FORSSMAN wees al op de mogelijkheid dat met een vereenvoudigd systeem eveneens goede resultaten kunnen worden bereikt.
Bij het Rijksarbeidsbureau wordt de methode van HANMAN in een enigszins gewijzigde vorm gehanteerd voor de functie-analyse door de beroependeskundigen. Hierbij werden aanvankelijk 27, en later 24 elementen van lichamelijke verrichtingen en evenveel elementen van arbeidsomstandigheden gebruikt. De functie-analyse geeft niet alleen aan welke van deze elementen in het bestudeerde beroep voorkomen, maar ook in welke mate zij plaats hebben in de beroepshandelingen en welk deel zij vormen van de omstandigheden waaronder het beroep in het bestudeerde bedrijf wordt uitgeoefend. Door samenvoeging van gegevens uit meerdere analyses ontstaat een beroepsbeeld, dat een globale omschrijving geeft van het beroep. Het schema, dat voor de functie-analyse dient, wordt ook gebruikt in het medisch advies dat aan de bemiddelaar wordt gegeven. Hierbij moet in het bijzonder worden opgemerkt dat de betekenis, die aan elk der elementen van de functie-analyse is gegeven, uitdrukkelijk is vastgelegd en door beroependeskundige, arts en bemiddelaar op gelijke wijze wordt geïnterpreteerd.
Omdat de arts dezelfde indeling gebruikt voor het vastleggen van de gevolgen der gevonden afwijkingen is het mogelijk aan te geven welke functies beperkt zijn, en of in verband met de graad van de beperking bepaalde arbeid wel of niet kan worden uitgevoerd.
Verschillende onderzoekers hebben pogingen gedaan om de lichamelijke eisen van het beroep in een systeem van kwantitatieve beoordeling uit te drukken en de beperkingen van de gehandicapten op overeenkomstige wijze te kwantificeren.
De vergelijking van de analyses van werk en gehandicapte zou dan kunnen aangeven of het werk als passend mag worden beschouwd. De waarde van deze analyses wordt bepaald door het aantal factoren dat wordt onderzocht en het aantal gradaties waarin de kwantitatieve beoordeling wordt uitgedrukt.
HANMAN heeft naast zijn uitvoerige analyse ook een sterk vereenvoudigde opstelling aanbevolen, die zeven functies (staan, lopen, heffen, klimmen, draaien, vingervaardigheid en gezichtsvermogen) analyseert in vijf gradaties (zeer weinig, weinig, gemiddeld, zwaar en zeer zwaar). De uitdrukking hiervan in diagrammen zou op overzichtelijke wijze aangeven, aan welke lichamelijke eisen door de gehandicapte niet kan worden voldaan en hoe naar een aanpassing of modificatie moet worden gezocht, om het beroep voor een bepaalde gehandicapte mogelijk te maken.
Wij hebben de indruk dat de vereenvoudiging, die FORSSMAN bij de toe-

passing van de oorspronkelijke methode van HANMAN mogelijk achtte, wel erg ver is doorgevoerd. De resultaten van deze analyse kunnen dan ook slechts als algemene aanwijzingen worden beschouwd.
De functie-analyse, zoals deze thans bij het Rijksarbeidsbureau wordt gebruikt, en waarbij alle bijzonderheden van lichamelijke eisen en arbeidsomstandigheden tot in detail worden omschreven biedt een deugdelijker basis voor de keurende arts. Uit deze functie-analyse blijkt ook, welke handelingen essentieel zijn voor het uitoefenen van het beroep, zodat beperking ervan niet toelaatbaar is, zelfs als de handeling zelf maar een klein tijdsdeel van de uitoefening van het beroep inneemt.
Door vergelijking van het medisch rapport met de functie-analyse kan worden vastgesteld of het beroep passend is of door aanpassing passend kan worden gemaakt voor de individuele gehandicapte. Dit kan niet in een overzichtelijk schema worden uitgedrukt, omdat bij een schematische voorstelling juist die individuele bijzonderheden verloren gaan, waarvan het welslagen of het mislukken van een plaatsing afhankelijk is.

ad 3. De beperkingen van de gehandicapten worden voorts bepaald door de specifieke gevolgen van de aandoening of het gebrek, dat de oorzaak van de resterende invaliditeit is.

Dit specifieke karakter van de invaliditeitsoorzaak is gelegen in de stabilisatie van de lichamelijke toestand en de mogelijkheden van progressie, recidief of verbetering. Vooral wanneer recidief of progressie te verwachten zijn, zal dit een niet te miskennen invloed hebben op de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid. In de arbeidsbemiddeling - zowel als in de bedrijfsgeneeskunde - heeft deze beoordeling steeds een voorspellend element, daar het er niet alleen om gaat te weten hoe de toestand is op het tijdstip van het onderzoek, maar vooral hoe het beloop van deze geschiktheid zal zijn, wanneer de gehandicapte de continue belasting van het arbeidsproces ondergaat.
Naast het begrip van stabilisatie heeft de invaliditeitsoorzaak vaak zijn eigen karakteristieke beperkingen. Deze komen het meest tot uiting in bezwaren die in het arbeidsmilieu en de arbeidsomstandigheden worden gevonden. Het deel van de functie-analyse dat op de arbeidsomstandigheden betrekking heeft is dan ook van grote betekenis bij dit aspect van de bepaling van de geschiktheid voor een gegeven vorm van arbeid.
Het is in de overdracht van gegevens tussen de arts en zijn sociale medewerkers van principiële betekenis, dat een algemene informatie wordt verstrekt omtrent de invaliditeitsoorzaak.
Het is van even grote betekenis, dat de sociale werker vertrouwd is met de implicaties van de invaliditeitsoorzaak op de arbeidsgeschiktheid. De indeling van de I.C.D. *) in hoofdgroepen en de onderverdeling van sommige daarvan maakt het mogelijk de invaliditeitsoorzaken tot diagnosegroepen te verenigen. Het is mogelijk gebleken voor elk van deze diagnosegroepen de karakteristieke gevolgen op de arbeidsgeschiktheid te omschrijven, en op deze wijze zal de groepsdiagnose belangrijke aanwijzingen voor de sociale werker inhouden.

Samenvattend kan worden gezegd dat de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid, zoals deze voor arbeidsbemiddeling noodzakelijk is, met de drie hiervoor genoemde factoren rekening moet houden. Zowel de belastbaarheid, als de lichamelijke verrichtingen en de invaliditeitsoorzaak zijn bepalend voor het vaststellen van het begrip passende arbeid. Deze beoordeling van de arbeidsgeschiktheid kan echter niet leiden tot een percentageschatting van arbeidsongeschiktheid.

*) International Statistical Classification of Diseases and Causes of Death. (W.H.O.)

HOOFDSTUK IV

HET GENEESKUNDIG ONDERZOEK BIJ DE ARBEIDSBEMIDDELING

In dit onderzoek zal worden nagegaan welke plaats de sociaal-medische bemoeienis inneemt bij het Rijksarbeidsbureau. Hierbij wordt uitgegaan van de keuringen, die door de artsen van de afdeling arbeidsmedische aangelegenheden zijn verricht in het jaar 1960. Dit jaar is gekozen omdat van 1960 af nagenoeg alle keuringen zijn verricht door artsen van de eigen dienst. Een tweede reden voor deze keuze is gelegen in het feit, dat op 1 januari 1960 een coderingssysteem voor diagnosen is ingevoerd, dat een vergelijkbare bestudering van het materiaal mogelijk maakt. Dit coderingssysteem is gebaseerd op de Nederlandse bewerking door het Centraal Bureau voor de Statistiek van de International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (W. H. O.) *).
Het onderzoek bestaat hierin, dat van de personen, die in 1960 zijn gekeurd, in de eerste maanden van 1963 is nagegaan, tot welke arbeidsprestatie zij in staat zijn geweest. De periode van waarneming bedraagt dus minstens twee en hoogstens drie jaren.

Alvorens het onderzoek door middel van enquête-formulieren door de arbeidsbureaus te laten verrichten, is een proefonderzoek gehouden, dat ten doel had de bruikbaarheid van het enquête-formulier te beproeven en mogelijkerwijs een indruk te verkrijgen van de resultaten die zouden kunnen worden verwacht. Voor dit proefonderzoek werd bij elf arbeidsbureaus nagegaan hoe het arbeidsbeloop is geweest bij degenen die in 1960 zijn gekeurd; het omvatte 872 mannen en 71 vrouwen.
Bij de bewerking van de gegevens werd een verdeling gemaakt naar de leeftijd, naar de diagnose en naar het beroep dat de onderzochte personen laatstelijk hadden uitgeoefend. Voorts werd nagegaan of zij na de keuring weer aan het arbeidsproces hadden deelgenomen en dit konden volhouden. De gegevens hebben voor een belangrijk deel kunnen aangeven of de betrokkenen zich in het normale bedrijfsleven konden handhaven dan wel dat zij in beschutte arbeid zijn geplaatst.
Het is gebleken dat een niet onaanzienlijk deel van hen de inschrijving bij het arbeidsbureau niet heeft verlengd. Hiervoor kunnen verschillende oorzaken worden aangegeven. Het is nuttig gebleken de redenen van het niet-verlengen van de inschrijving in het definitieve enquête-formulier op te nemen.
De gegevens van het proefonderzoek toonden aan dat vooral bij de werkzoekenden die tot de hogere leeftijdsgroepen behoren (boven 40 jaar) aanleiding heeft bestaan een keuring aan te vragen. Zij vormden met 541 mannen 62% van het totaal van 872 mannen. Hiervan werden 151 (ruim 27%) geplaatst in normale arbeid, 228 (41%) in beschutte arbeid en van 166 (ruim 30%) was de inschrijving niet verlengd. Voor het niet-verlengen van de inschrijving bij het arbeidsbureau bestaan de volgende redenen:
1. de ingeschrevene heeft zelf werk gevonden;
2. hij was niet meer arbeidsgeschikt;
3. hij is 65 jaar geworden; **)

---

*) Hiervoor zal in deze studie verder de afkorting I. C. D. worden gebruikt.

**) Hoewel er geen leeftijdsgrens voor inschrijving bij een arbeidsbureau bestaat, blijkt in de praktijk dat slechts zeer weinig personen boven 65 jaar zijn ingeschreven, en dat velen, bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd geen regelmatige arbeid meer wensen te verrichten.

4. hij wenst geen bemiddeling door het arbeidsbureau meer. Hiertoe behoren ook personen die waarschijnlijk zelf werk hebben gevonden. Ook zijn er ingeschrevenen, die blijkbaar uit andere bronnen voldoende inkomsten hebben, en geen arbeidsverhouding met een werkgever willen. Sommigen hiervan hebben in beschutte arbeid gewerkt en willen dit niet meer doen.
5. overledenen;
6. personen, van wie de reden voor het niet-verlengen van de inschrijving niet bekend is. Een deel van hen is na de keuring niet meer op het arbeidsbureau teruggekomen. Het grootste deel van deze groep heeft vermoedelijk zelf werk gevonden.

Bij het volledige onderzoek is een nadere analyse van de reden van het niet-verlengen der inschrijving gevraagd.
Met betrekking tot de verdeling naar de gestelde diagnose viel op, dat van de 872 mannen in 770 gevallen één diagnose was gesteld, terwijl in 102 gevallen meer dan één diagnose was aangegeven. Dit aantal was te klein om nader te analyseren; de betekenis van de aanwezigheid van meer dan één aandoening bleek hieruit voldoende, om bij het volledige onderzoek nader te worden onderzocht. Van de personen, die voor hun inschrijving bij het arbeidsbureau in Nederland in het normale bedrijfsleven hadden gewerkt geschiedde de verdeling naar beroepen volgens de classificatie van ingeschreven werkzoekenden en aanvragen van werkgevers, die door het Centraal Bureau voor de Statistiek worden gebruikt.
Daarnaast zijn drie groepen van ingeschrevenen opgenomen, n.l. personen, die nog niet hebben gewerkt, gerepatrieerden en personen die in beschutte arbeid hebben gewerkt. Bij het proefonderzoek viel op, dat de mannen, afkomstig uit de bouwvakken, de metaalindustrie en de landbouw de belangrijkste groepen uitmaakten; tezamen vormden zij met 364 personen 42% van het totaal.
Het definitieve enquête-formulier verschafte informatie omtrent het geslacht, de leeftijd en het beroep dat de betrokkene uitoefende, de diagnose, die bij de keuring is gesteld, de inhoud van het gegeven medisch advies, het arbeidsbeloop na de medische keuring en de afdeling van het arbeidsbureau, dat bij de bemiddeling betrokken is geweest. De informatie naar de duur van de inschrijving bleek bij het proefonderzoek tot misverstand en onvolledige gegevens te leiden, zodat hierover geen betrouwbare gegevens konden worden verkregen. Deze vraag is derhalve uit het definitieve enquête-formulier weggelaten. De beschrijving van het arbeidsbeloop, zoals dit is gevraagd op het definitieve enquête-formulier, verschafte voldoende inzicht op dit punt, en maakte het mogelijk de gekeurden in te delen naar hun plaats in het arbeidsproces, zoals deze zich gedurende de periode van waarneming had ontwikkeld.

Het volledige onderzoek strekte zich - zoals vermeld - uit over alle personen die in de loop van het jaar 1960 bij een gewestelijk arbeidsbureau aan de geneeskundige keuring onderworpen zijn geweest. Aangezien het aantal keuringen bij de arbeidsbureaus Amsterdam, Rotterdam en Den Haag zeer groot was en het invullen van de enquête-lijsten daardoor excessief veel werk vorderde, werd voor deze bureaus volstaan met het onderzoek van de helft van het aantal gekeurden. Hiervoor werden die gevallen genomen die onder een oneven cijfer in het keuringsregister waren ingeschreven. Het onderzoek strekt zich uit over 12.633 gevallen, bestaande uit 11.346 mannen en 1.287 vrouwen.

Verdeling naar diagnosen

De verdeling naar diagnosen werd - zoals reeds werd uiteengezet - gemaakt volgens het coderingssysteem, dat sinds 1960 bij het

Rijksarbeidsbureau in gebruik is. Hierbij zijn de aandoeningen die invaliditeit veroorzaken tot diagnosegroepen samengebracht, die vrijwel overeenstemmen met de diagnosehoofdgroepen van de I.C.D., en onderverdelingen daarvan. De verdeling volgens de diagnosehoofdgroepen is gegeven in tabel 9. Bij de codering van het Rijksarbeidsbureau zijn de

Tabel 9

Verdeling naar Diagnosen

Indeling volgens de Diagnosehoofdgroepen van de I.C.D.

	Diagnosehoofdgroepen	mannen		vrouwen	
		aantal	%	aantal	%
I	Infectieziekten	563	5.0	63	5.0
II	Nieuwvormingen	(70)		(3)	
III	Allergieën, endocrine ziekten, etc.	168	1.5	53	4.1
IV	Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	39	0.4	6	0.5
V	Psychosen, neurosen en psychopathieën	1253	11.0	283	22.0
VI	Organische ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	1616	14.2	165	12.8
VII	Ziekten van het circulatieapparaat	1218	10.7	97	7.5
VIII	Ziekten van de ademhalingsorganen	1030	9.1	45	3.5
IX	Ziekten van de spijsverteringsorganen	558	4.9	17	1.3
X	Ziekten van het urogenitaalsysteem	111	1.0	19	1.5
XII	Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	104	0.9	23	1.8
XIII	Ziekten van de bewegingsorganen	1383	12.2	148	11.5
XIV	Aangeboren afwijkingen	(122)		(28)	
XV	Ongevallen	571	5.0	11	0.8
XVI	Andere aandoeningen	211	1.9	67	5.2
	Combinaties van aandoeningen	1431	12.6	187	14.5
	Geen afwijkingen	1090	9.6	103	8.0
		11346	100	1287	100

N. B. Voor de nummering van de diagnosehoofdgroepen is de nummering van de Nationale Lijst van Ziektegroepen gebruikt.

aandoeningen die tot de diagnosehoofdgroep II, nieuwvormingen, en tot de diagnosehoofdgroep XIV, aangeboren afwijkingen behoren, ingedeeld bij de betrokken orgaanstelsels. In tabel 9 zijn deze hoofdgroepen wel aangegeven, maar de tussen haakjes geplaatste cijfers zijn niet meegeteld, aangezien deze gevallen reeds in een andere diagnosehoofdgroep zijn verantwoord. De diagnosehoofdgroep XI, normale baring en stoornissen van de zwangerschap komt bij de codering van het Rijksarbeidsbureau niet voor, daar deze aandoeningen geen oorzaken voor het optreden van invaliditeit vormen.

Tabel 10

Verdeling naar Diagnosen

Verdeling van de Diagnosehoofdgroepen V, VI, VII en XIII in Ondergroepen

		mannen		vrouwen	
		aantal	%	aantal	%
V	psychosen	210	1.9	31	2.4
	neurosen	609	5.3	170	13.2
	anomalieën v.d. persoonlijkheids-structuur	185	1.6	20	1.5
	anomalieën v.d. intelligentie	249	2.2	62	4.9
VI	organische ziekten van het C.Z.S.	408	3.6	28	2.2
	epilepsie	209	1.8	39	3.0
	poliomeylitis	55	0.5	16	1.2
	ziekten v.d. perifere zenuwen	666	5.9	46	3.6
	ziekten van het oog	187	1.6	32	2.5
	ziekten van het oor	91	0.8	4	0.3
VII	ziekten van het hart	971	8.5	73	5.7
	ziekten van de arteriën en venen	247	2.2	24	1.8
XIII	arthritis en rheuma	937	8.3	88	6.8
	ziekten van beenderen en gewrichten	446	3.9	60	4.7

Frequentie van enkele diagnosehoofdgroepen

Zowel bij de mannen als bij de vrouwen komen de diagnosehoofdgroepen V, VI, VII en XIII in de grootste frequentie voor. Ook de combinaties van aandoeningen tonen zowel bij de mannen als bij de vrouwen een relatief hoog percentage. (Tabel 9). Deze vijf groepen van aandoeningen vormen tezamen bij de mannen 60% en bij de vrouwen bijna 70% van het aantal gekeurden. Men mag derhalve aannemen dat de problematiek van de arbeidsinpassing van lichamelijk en geestelijk gehandicapten zich in het bijzonder voordoet bij de lijders aan psychosen en psychopathieën, aan organische ziekten van zenuwstelsel en zintuigen, aan ziekte van het circulatie-apparaat en aan ziekten van de bewegingsorganen. Bij de mannen vormen de ziekten van de ademhalingsorganen een groep, die door zijn grote aantal gekeurden een duidelijke invloed op de arbeidsinpassing zal uitoefenen.
Het aantal mannen bij wie geen afwijkingen werden geconstateerd vormt slechts een vrij kleine groep. Een belangrijk deel hiervan wordt ingenomen door adspirant-cursisten voor de vakopleiding van volwassenen, die medisch worden onderzocht, wanneer zij opgeleid zullen worden voor een beroep dat tot de zware lichamelijke arbeid wordt gerekend. Bij deze adspirant-cursisten behoeft er dus geen aanleiding tot een geneeskundig onderzoek in de voorgeschiedenis te zijn. Ook bij degenen, die worden gekeurd, omdat zij aangeboden werk op grond van lichamelijke klachten hebben afgewezen, bevindt zich een groep, bij wie geen afwijkingen kunnen worden geconstateerd. Dit doet zich nogal eens voor bij seizoenwerklozen, die voor plaatsing op aanvullende werken worden aangewezen. Het cijfer van personen zonder aantoonbare afwijkingen geeft echter wel een indruk van de personen die door de ambtenaren van de arbeidsbureaus voor een geneeskundig onderzoek worden voorgedragen: meer dan 90%

vertoont afwijkingen die zo duidelijk zijn dat zij in de diagnosecodering zijn te classificeren. Dit percentage toont het grote verschil aan in de aard van de medische werkzaamheden bij de arbeidsbemiddeling, en het werk, dat in het algemeen onder keuringen wordt verstaan. Bij het keuringswerk zoals dit in het algemeen voorkomt (aanstellingskeuringen, verzekeringskeuringen, e.d.) is het percentage afgekeurden en het aantal personen met afwijkingen slechts een klein deel van het aantal gekeurde personen. Bij de arbeidsbureaus heeft nagenoeg 90% der gekeurden vast te stellen aandoeningen, en van de overige 10% heeft een deel klachten. Teneinde de betekenis van de hiervoor genoemde met grote frequentie optredende diagnosegroepen verder te onderzoeken is in tabel 10 een verdeling gemaakt volgens de onderverdeling van het coderingssysteem van het Rijksarbeidsbureau. Met betrekking tot de diagnosehoofdgroep Psychosen, neurosen en psychopathieën blijkt een duidelijk overwegen van het aantal lijders aan neurosen. Vooral bij de vrouwen is het aantal bij wie neurotische verschijnselen zijn gediagnosticeerd, groot. Dit grote aantal neurosediagnosen kan worden verklaard door de omstandigheid, dat vrouwelijke werkzoekenden vaak symptomen van algemene nervositeit vertoonden, die onder diagnosenummer 318 van de I.C.D. zijn verantwoord.

Met betrekking tot de stoornissen in de intelligentie moet worden opgemerkt, dat dit aantal gekeurden niet het aantal zwakbegaafden vormt, dat bij de arbeidsbureaus is ingeschreven. Het bestaan van verminderde intelligentie is op zichzelf geen reden voor een geneeskundige keuring. De bemiddelingsambtenaren beschikken uit hun contacten met nazorg-instanties vaak over gegevens van de geestelijk minder-begaafden. De twijfel omtrent de lichamelijke geschiktheid leidt tot het aanvragen van een geneeskundige keuring. In een deel der gevallen, waarin plaatsing in beschutte arbeid in het vooruitzicht ligt, zal de bemiddelingsambtenaar ook een keuring vragen, om tot een conclusie te kunnen komen, of de betrokkene nog wel ooit voor arbeid in het normale bedrijfsleven plaatsbaar zal zijn. Vele debielen, die meestal bekend zijn door de relatie met het buitengewoon onderwijs voor zwak-begaafden, worden door de afdelingen voor de bijzondere bemiddeling zonder voorafgaande keuring bemiddeld. Voorts worden personen met lichtere of meer uitgesproken vormen van debiliteit door de afdelingen voor lager personeel naar eenvoudige ongeschoolde arbeid bemiddeld; een keuring wordt dan alleen gevraagd als er aanleiding is aan het bestaan van lichamelijke afwijkingen te denken.

Bij de organische ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen vormen de ziekten van de perifere zenuwen de grootste groep. Dit wordt veroorzaakt door een groot aantal personen met pijnklachten in rug en onderste ledematen, die op een neuritis of neuralgie van de N. Ischiadicus zijn terug te voeren.

Het zal voor de keurende arts vaak niet mogelijk zijn om de juiste aetiologie hiervan vast te stellen, omdat hij de patient onderzoekt als van het ziektebeeld nog slechts restverschijnselen zijn overgebleven. De afgrenzing tegen andere vormen van neuralgie is dan uitermate moeilijk, en de kans op onjuiste codering en classificatie is groot. Om te voorkomen dat een groot aantal gevallen in niet nader omschreven restgroepen zouden worden ondergebracht, is de neuralgie t.g.v. hernia nuclei pulposi opgenomen in de diagnosegroep neuritis en neuralgie.

Bij de ziekten van het circulatie-apparaat zijn de aandoeningen van het hart absoluut en procentueel aanzienlijk groter dan de aandoeningen van de bloedvaten. Beide groepen hebben een belangrijke invloed op de arbeidsgeschiktheid, zowel wat de lichamelijke verrichtingen als de arbeidsomstandigheden betreft. Gezien de grote betekenis van de aandoeningen uit deze diagnosehoofdgroep zijn deze gevallen in hoofdstuk V van

deze studie nader uitgewerkt.
Bij de ziekten van de bewegingsorganen blijken de aandoeningen, die in de diagnosegroep "arthritis en rheuma" (nr. 720 - 727 van de I.C.D.) het meest voor te komen. De verschillende vormen van osteo-arthrose en verwante aandoeningen zijn door de sterke beperkingen die zij in arbeidshandelingen veroorzaken en aan arbeidsmilieu opleggen een belangrijke invaliditeitsoorzaak. De omvang van deze studie laat niet toe uitvoerig op deze groep van gekeurden in te gaan.

Combinatie van verschillende aandoeningen.

Daar in het keuringsverslag alle geconstateerde afwijkingen worden gecodeerd, is het mogelijk een inzicht te krijgen in de multipliciteit van invaliditeitsoorzaken. Bij de beoordeling van het individuele geval zal het meestal wel mogelijk zijn vast te stellen welke aandoening de belangrijkste belemmering is voor de inpassing in het arbeidsproces. Niettemin kan een defect van op zichzelf geringe betekenis, in samenhang met een andere invaliditeitsoorzaak de plaatsing in schijnbaar passende arbeid verhinderen. De betekenis van de invaliditeitsoorzaak is dus relatief; om deze reden wordt hier geen keus gemaakt tussen hoofd- en nevenoorzaken, maar wordt alleen het samengaan van verschillende van elkaar onafhankelijke invaliditeitsoorzaken vermeld.
Bij de 1431 mannen, waarin meer dan één diagnose werd gesteld, werden in 1299 gevallen twee verschillende diagnosen, en in 132 gevallen 3 of 4 verschillende diagnosen gesteld. Tabel 11 geeft de enkelvoudige en meervoudige diagnosen per diagnosehoofdgroep waardoor een indruk wordt verkregen omtrent het optreden van meervoudige invaliditeitsoorzaken in de verschillende diagnosehoofdgroepen. Van het totaal aantal vastgestelde afwijkingen treedt bij mannen in 25.3% een samengaan van twee of meer onafhankelijke aandoeningen op. Bij de meeste hoofdgroepen is het percentage niet essentieel afwijkend van dit gemiddelde. Alleen voor de hoofdgroep III, Allergieën, endocrine stoornissen en stofwisselings- en voedingsziekten, hoofdgroep V, Psychosen en psychopathieën, en hoofdgroep VII, Ziekten van het circulatie-apparaat, zijn de percentages beduidend hoger dan het gemiddelde van 25.3%. Tabel 12 toont de onderverdeling van deze hoofdgroepen, terwijl tabel 13 voor diabetes, voor verminderde intelligentie en voor ziekten van het circulatie-apparaat de verdeling van een gelijk aantal gekeurden over de diagnosehoofdgroepen geeft.
Bij de endocrine stoornissen vormt diabetes met 145 gevallen meer dan de helft van het aantal gekeurden. Bij 68 gevallen treedt een tweede aandoening op. De omstandigheid, dat bijna de helft van het aantal ingeschreven diabetes-patienten tevens aan een andere aandoening lijdt kan aannemelijk worden geacht, doordat het waarschijnlijk is, dat de niet-gecompliceerde diabetes-patient geen bijzondere problemen heeft in het arbeidsproces en geen gebruik maakt van de arbeidsbureaus voor het verkrijgen van werk. Juist het samengaan met een andere aandoening bemoeilijkt de inpassing in het arbeidsproces en maakt dat de patient de hulp van de arbeidsbemiddeling nodig heeft.
Het overzicht in tabel 13 toont een hoge frequentie van het samengaan van diabetes met hart- en vaatziekten, en van de combinatie met aandoeningen van het bewegingsapparaat.
Bij 26 personen bestond de combinatie van diabetes met een aandoening van het circulatie-apparaat. In 7 gevallen behoorden deze aandoeningen tot de arteriosclerotische ziekten van het hart en van de coronaria, in elf gevallen tot de hoge bloeddruk ziekten, terwijl de acht overige personen aan andere ziekten van het circulatie-apparaat leden.
Van deze personen waren er twee jonger dan 50 jaar, de overige 24 waren 50 jaar of ouder. Uit deze groep van 26 personen zijn er zeven in

Tabel 11

Frequentie van optreden van meervoudige Invaliditeitsoorzaken

Mannen

	Diagnosehoofdgroep	enkelvoudige diagnosen	meervoudige diagnosen	totaal aantal gestelde diagnosen	meervoudige diagnosen in % van totaal diagnose-hoofdgroep
I	Infectieziekten	563	152	715	21.1
II	Allergieën, endocrine ziekten, etc.	168	99	267	37.1
IV	Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	39	8	47	17.0
V	Psychosen, neurosen en psychopathieën	1253	510	1763	29.0
VI	Organische ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	1616	546	2162	25.2
VII	Ziekten van het circulatieapparaat	1218	499	1717	29.0
VIII	Ziekten van de ademhalingsorganen	1030	342	1372	24.9
IX	Ziekten van de spijsverteringsorganen	558	173	731	23.6
X	Ziekten van het urogenitaalsysteem	111	38	149	25.5
XII	Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	104	31	135	23.0
XIII	Ziekten van de bewegingsorganen	1383	426	1809	23.5
XV	Ongevallen	571	152	723	21.0
XVI	Andere aandoeningen	211	22	233	8.7
Totaal		8825	2998	11823	25.3

normale arbeid gebleven, acht zijn in beschutte arbeid geplaatst en elf hebben hun inschrijving bij het arbeidsbureau niet verlengd. Ten aanzien van de beroepen, die deze personen voor de keuring hadden uitgeoefend valt alleen op te merken, dat negen tot de ongeschoolde losse arbeiders behoorden, en dus meestal zwaar werk hebben verricht. De anderen zijn over verschillende beroepsgroepen verspreid. Van degenen die in normale arbeid zijn gebleven hebben de meesten eenvoudig administratief werk gedaan.

De combinatie van diabetes met ziekten van de bewegingsorganen kwam 13 maal voor. Deze personen behoorden allen tot de groep chronische arthritis en arthrose; twee van hen waren jonger dan 40 jaar, vijf tussen 40 en 50 jaar en zes waren ouder dan 50 jaar. Van deze dertien zijn er slechts drie in normale arbeid werkzaam gebleven, zes zijn in beschutte arbeid geplaatst, en van vier was de inschrijving niet verlengd. De beroepen waarin deze personen hebben gewerkt geven geen aanwijzingen, die op invloeden van een bepaalde beroepsgroep duiden.

Van de totale groep van 68 diabetes-patienten, die tevens aan andere aandoeningen leden kan worden opgemerkt, dat er 23 in normale arbeid

Tabel 12

Frequentie van meervoudige invaliditeitsoorzaken in de diagnosehoofdgroepen III, V, VI, VII en XIII

Mannen

Diagnose-hoofdgroep	ondergroepering	enkelvoudige diagnosen	meervoudige diagnosen	totaal diagnose-groep	meervoudige diagnosen in % van totaal diagnosegroep
III	Ziekten van de schildklier	18	8	26	30.7
	Diabetes	77	68	145	46.9
	Andere endocrine stoornissen	15	7	22	31.8
	Stofwisselings- en voedingsziekten	58	16	74	21.6
V	Psychosen	210	45	255	17.7
	Neurosen	609	142	751	18.9
	Anomalieën van de persoonlijkheidsstructuur	185	79	264	30.0
	Anomalieën van de intelligentie	249	244	493	49.4
VI	Organische aandoeningen van het C. Z. S.	408	64	472	13.2
	Epilepsie	209	83	292	27.9
	Poliomyelitis	55	15	70	21.4
	Ziekten van de perifere zenuwen	666	118	784	14.8
	Ziekten van het oog	187	168	355	47.0
	Ziekten van het oor	91	98	189	51.3
VII	Ziekten van het hart	971	398	1369	29.1
	Ziekten van arteriën en venen	247	101	348	29.0
XIII	Arthritis en rheuma	937	262	1199	21.8
	Andere ziekten van beenderen en gewrichten	446	164	610	26.6

zijn gebleven, 24 in beschutte arbeid zijn geplaatst en dat 21 de inschrijving bij het arbeidsbureau niet hebben verlengd. Hiervan waren vier personen niet meer arbeidsgeschikt, twee wensten geen bemiddeling door het arbeidsbureau, één was 65 jaar geworden, vijf personen zijn overleden en van negen is het verdere arbeidsbeloop niet bekend.

De diagnosehoofdgroep Psychosen, neurosen en psychopathieën bevat in het geheel 1763 gevallen; daarvan zijn er 510 of 29% bij wie een tweede invaliditeitsoorzaak bestaat. In tabel 12 is een splitsing gemaakt naar de onderscheiden diagnosegroepen. Hier blijkt dan, dat bij de anomalieën in de persoonlijkheidsstructuur 30% aan een bijkomende aandoening leed, terwijl dit voor de stoornissen in de intelligentie in bijna 50% der gevallen is geconstateerd.

Tabel 13

Frequentie van Combinaties van Aandoeningen met diabetes, met verminderde intelligentie en met ziekten van het circulatie-apparaat

Diagnose-hoofdgroep	aantal	percentage	combinaties met diabetes	normale verdeling van 68 gevallen	combinaties met verminderde intelligentie	normale verdeling van 244 gevallen	combinaties met ziekten van het circulatie-apparaat	normale verdeling van 499 gevallen
I	563	5.0	8	3.3	7	12.2	15	24.5
III	168	1.5	-	1.0	4	3.6	26	7.2
IV	39	0.4	1	0.2	-	0.8	3	1.5
V	1253	11.0	6	7.5	53	26.9	48	55.0
VI	1616	14.2	4	9.7	92	34.7	96	71.0
VII	1218	10.7	26	7.4	20	26.2	-	56.2
VIII	1030	9.1	6	6.2	14	22.1	102	45.2
IX	558	4.9	-	3.3	11	12.0	29	24.4
X	111	1.0	2	0.7	-	2.4	14	4.6
XII	104	0.9	-	0.6	2	2.2	2	4.4
XIII	1383	12.2	13	8.3	28	29.7	128	60.6
XV	571	5.0	2	3.4	9	12.3	28	25.1
XVI	211	1.9	-	1.2	4	4.5	8	9.0
Combinaties	1431	12.6	-	8.7	-	31.0	-	62.7
Geen afw.	1090	9.6	-	6.5	-	23.4	-	47.6
	11346	100	68	68	244	244	499	499

Met betrekking tot de anomalieën in de persoonlijkheidsstructuur is aan te nemen, dat deze personen hun lichamelijke klachten overdreven voorstelden, waardoor de bemiddelingsambtenaar ertoe overging om een keuring aan te vragen. Het onaangepaste gedragspatroon op zichzelf zal minder spoedig een reden tot keuring zijn. Dat er in vele gevallen wel lichamelijke aandoeningen werden gevonden is verklaarbaar; de patient heeft een kwaal die gediagnostiseerd kan worden, doch zijn psychische habitus veroorzaakt problemen bij de arbeidsinpassing.
Bij de stoornissen in de intelligentie is reeds in het voorgaande opgemerkt, dat de meeste minder-begaafden niet voor een geneeskundig onderzoek worden voorgedragen, omdat de arbeidsbemiddeling hierover reeds gegevens bezit. Wanneer de bemiddelaar echter vermoedt of weet dat er naast de beperkingen in de intelligentie ook lichamelijke aandoeningen bestaan, zal hij een geneeskundig onderzoek vragen.
Het totaal aantal bij de arbeidsbureaus ingeschreven minder-begaafden is moeilijk vast te stellen. Het kan niet blijken uit deze enquête, daar niet alle minder-begaafden geneeskundig werden onderzocht. De statistische opgaven van het Rijksarbeidsbureau laten alleen toe een gemiddeld aantal inschrijvingen bij de afdelingen voor de bijzondere bemiddeling te berekenen. Het aantal inschrijvingen is echter groter dan het aantal ingeschreven personen, omdat er steeds een aantal is, dat vaker dan éénmaal in de loop

van het jaar werd ingeschreven. Juist bij deze minder-begaafden is mislukking van plaatsingen en hernieuwde inschrijving bij het arbeidsbureau een bekend verschijnsel. Daarnaast moet er rekening mee worden gehouden, dat een belangrijk deel der minder-begaafden via de vaksecties van de gewone bemiddeling naar eenvoudige passende arbeid worden verwezen. Deze zijn dus niet opgenomen in de statistiek van de bijzondere bemiddeling. Hun aantal is niet te schatten. Nu het niet mogelijk is om tot een verantwoorde benadering te komen van het aantal minder-begaafden, die als potentieel arbeidsgeschikten bij de arbeidsbureaus worden ingeschreven, is het evenmin mogelijk om de omvang te benaderen van het probleem van de minder-begaafden, die tevens aan andere aandoeningen lijden. *)

Bij deze enquête waren 244 personen bij wie zwakbegaafdheid was geconstateerd in combinatie met andere invaliditeit veroorzakende toestanden.

De bij deze 244 gevallen frequent voorkomende combinaties zijn die met epilepsie (35 gevallen), psychopathieën (31 gevallen), visusafwijkingen (26 gevallen), neurosen (21 gevallen) en ziekten van beenderen en gewrichten (21 gevallen).

De leeftijdsspreiding van de gekeurden met twee of meer somatische aandoeningen wijkt sterk af van de combinaties, waarbij stoornissen in de intelligentie voorkomen. Het aantal jongeren is bij de minder-begaafden aanzienlijk hoger dan in de overeenkomstige leeftijdsgroepen van het totale aantal. Het is enerzijds aan te nemen dat de arbeidsinpassing van jeugdige minder-begaafden met andere aandoeningen moeilijk verloopt, en de hulp van het arbeidsbureau daarom wordt gezocht. Daar er tussen de organisaties voor zwakzinnigenzorg - met name het buitengewoon lager onderwijs voor zwakzinnigen - en de arbeidsbureaus een intensief contact bestaat, worden de hier bedoelde gehandicapten voor arbeidsbemiddeling ingeschreven.

Ten aanzien van de oudere groepen van zwak-begaafden kan worden aangenomen dat deze zich in den regel lange tijd in het normale bedrijfsleven kunnen handhaven, zolang er geen complicaties van lichamelijke aard zijn. Zij verrichten dan zeer eenvoudig werk, dat in hoge mate aan routine is gebonden, en waarvoor slechts weinig beroepskennis behoeft te worden aangeleerd. Dit is meestal werk dat grote lichamelijke inspanning vraagt en dat zij goed kunnen volbrengen. Wanneer echter naast de debiliteit andere aandoeningen gaan optreden wordt het voor deze mensen uitermate moeilijk zich in hun oude werk te handhaven, omdat zij door hun bijkomende aandoening het zware werk niet meer kunnen doen, en door hun intelligentiebeperking niet in andere werkzaamheden kunnen worden geplaatst. De meeste van de oudere debielen met een lichamelijke aandoening worden in beschutte arbeid geplaatst en vinden geen doorstroming meer naar het normale bedrijfsleven. Tabel 14 geeft de leeftijdsspreiding van alle combinaties van aandoeningen en van de combinaties waarbij zwakbegaafdheid een rol speelt, terwijl in tabel 15 een overzicht is gegeven van de beroepen waarin deze laatsten hebben gewerkt, en het werk dat zij na de keuring zijn gaan doen.

Bij de leeftijdsindeling valt op, dat de groep 25 - 39 jaar bij minder-begaafden met andere afwijkingen sterk overweegt. Hoewel uit de diagnosen van de bijkomende aandoeningen niet valt af te leiden, dat bepaalde ziekten in groter aantal dan andere optreden, is het wel merkwaardig dat van deze 104 personen 51 in beschutte arbeid zijn opgenomen. Bij deze betrekkelijk jonge leeftijdsgroep begint men dus blijkbaar reeds waar te nemen, dat deze gehandicapten niet meer in normale arbeid geplaatst

*) De term "dubbel-gehandicapten" wordt gewoonlijk gebruikt voor dieper zwakzinnigen, die tevens ernstige stoornissen van gezichtsvermogen, of gehoor hebben, of sterke neurologische afwijkingen vertonen.

Tabel 14

Leeftijdsindeling van combinaties van aandoeningen

Mannen

leeftijdsgroepen	totale groep		minder begaafden met andere ziekten of afwijkingen	
	aantal	%	aantal	%
jonger dan 19 jaar	106	3.6	32	13.0
19 - 24 jaar	163	5.4	37	15.0
25 - 39 jaar	699	23.4	104	43.1
40 - 49 jaar	581	19.4	43	17.5
50 jaar en ouder	1449	48.2	28	11.4
	2998	100	244	100

Tabel 15

Minder-begaafden met andere ziekten of afwijkingen

Beroepen waaruit zij afkomstig zijn en waarin zij zijn geplaatst

	beroepsgroep waarin zij hebben gewerkt	beroepsgroep waarin zij zijn gaan werken
bouwvakarbeiders	29	10
metaalindustrie	8	10
landbouwpersoneel	16	5
hotel- en verkeerspersoneel	14	6
losse arbeiders	70	37
overige beroepen	38	17
beschutte arbeid	45	115
nog niet gewerkt	24	
niet meer ingeschreven		19
onbekend		25
	244	244

kunnen worden.
Het arbeidsbeloop van de minder-begaafden met lichamelijke afwijkingen toont, dat er 85 van de 244 in normale arbeid zijn gaan werken. Hiervan hebben 28 zelf werk gevonden; 16 verkregen dit in het beroep waarin zij tevoren hadden gewerkt, 12 vonden zelf werk in een ander beroep. Door het arbeidsbureau werden 57 personen geplaatst, 21 in dezelfde beroepsgroep, terwijl voor 36 beroepsverandering nodig en mogelijk was. Van deze 57 personen zijn er 45 door de afdelingen voor de bijzondere bemiddeling geplaatst, de overige 12 door de vaksecties van het arbeidsbureau. Negen gekeurden hadden tevoren in beschutte arbeid gewerkt en zijn in normaal werk geplaatst. Voorts werden 79 personen in beschutte arbeid geplaatst; de meesten zijn afkomstig uit het normale bedrijfsleven, een klein aantal had nog niet gewerkt. Van de 45 personen, die reeds in beschutte arbeid werkten en op hun plaatsbaarheid in normale arbeid werden onderzocht, bleven er 36 in beschutte arbeid werkzaam.
Het overzicht der beroepsgroepen, waarin deze gehandicapten hebben

gewerkt en waarin zij weer zijn opgenomen toont dat dit in verreweg de meeste gevallen als los arbeider in ongeschoolde arbeid was. Ook zij die zelf werk vonden kwamen in deze eenvoudige vormen van arbeid. In andere beroepsgroepen hebben deze personen eveneens slechts eenvoudig werk gedaan. In de bouw was het overwegend grondwerk, terwijl een deel als opperman heeft gewerkt. Zij die in de metaalindustrie werden geplaatst hebben daar ook eenvoudig werk als sjouwwerk of schoonmaakwerk verricht. In de verkeerssector zijn zij in eenvoudige functies als bijrijder en benzinepompbediende werkzaam geweest. De grote aantallen plaatsingen in beschutte arbeid tonen, dat zwak-begaafden moeilijk in normale arbeid werkzaam kunnen blijven als bijkomende aandoeningen hun invaliditeit vergroten. Er is dàn van doorstroming naar het normale bedrijfsleven eigenlijk geen sprake meer en dat is, gezien de aard van de invaliditeitsoorzaken ook nauwelijks te verwachten.

In de diagnosehoofdgroep van ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen komen alleen hoge frequenties van gecombineerde aandoeningen voor bij de ziekten van het gezichtsvermogen en van het gehoor (Tabel 12 op blz. 50). Voor beide groepen van aandoeningen gelden dezelfde opmerkingen, die gemaakt zijn in verband met de diabetes, n.l. dat de niet-gecompliceerde lichtere vormen van stoornissen nauwelijks een belemmering tot het deelnemen aan het arbeidsproces vormen. Juist het samengaan van deze stoornissen met andere aandoeningen zullen de moeilijkheden in het vinden en behouden van arbeid veroorzaken. Deze minder-validen zullen daarom behoefte hebben aan de hulp van de arbeidsbureaus en de begeleiding door de ambtenaren voor de bijzondere bemiddeling.

Uit tabel 11 blijkt dat ook de diagnosehoofdgroep VII, ziekten van het circulatie-apparaat, een hoog aantal gevallen met gecombineerde aandoeningen vertoont.
Er zijn veel mogelijkheden van combinaties; maar evenals bij de combinaties in andere hoofdgroepen blijken er bij de aandoeningen van hart en bloedvaten bepaalde combinaties te zijn, die door hun frequentie opvallen. Juist door de cumulatie van invaliditeitsoorzaken is er een sterke invloed op de arbeidsgeschiktheid van de betrokkenen. Deze hoge frequentie van bepaalde combinaties doet zich vooral voor met aandoeningen van de ademhalingsorganen (diagnosehoofdgroep VIII) en de aandoeningen van de bewegingsorganen (diagnosehoofdgroep XIII). Met 102 resp. 128 gevallen vormen zij tezamen 46% van het aantal combinaties waarbij lijders aan ziekte van hart en vaten zijn betrokken.

De combinatie van hartaandoeningen met aandoeningen van de ademhalingsorganen kwam in 102 gevallen voor; 8 personen waren jonger dan 40 jaar, 11 waren tussen 40 en 49 jaar oud en 83 personen waren 50 jaar of ouder. In 14 gevallen bestond de hartaandoening uit arteriosclerose van het hart of een aandoening van de coronaria; in 12 gevallen was myodegeneratie cordis gediagnostiseerd, en in 36 gevallen hypertensie; van deze 62 gevallen waren 55 personen ouder dan 50 jaar. De overige 40 gevallen behoorden tot andere diagnosen binnen deze hoofdgroep.
Met betrekking tot de diagnose van aandoening van de ademhalingsorganen kan worden opgemerkt, dat de diagnosen chronische bronchitis (nr. 502)*, astma bronchiale (nr. 241)* en bronchiectasis (nr. 526)* bij oudere mensen, die langdurige klachten hebben vaak moeilijk te scheiden zijn, zodat

* codecijfers volgens I.C.D.

zij voor dit doel als een gemeenschappelijke groep worden beschouwd. Bovendien moet worden vermeld, dat de keuringsartsen onder deze diagnosen geen gevallen hebben opgenomen, waarbij stuwingsverschijnselen in de longen worden waargenomen als gevolg van slechte hartfunctie. Het mag worden aangenomen dat patienten in deze conditie te ziek zijn om zich naar een arbeidsbureau te begeven.
Het arbeidsbeloop van deze 102 personen is: 21 geplaatst in normale arbeid, 37 personen in beschutte arbeid, 28 niet meer ingeschrevenen en van 16 is het arbeidsbeloop niet bekend.
Samenvattend kan worden opgemerkt dat de combinatie van aandoeningen van het circulatie-apparaat en de ademhalingsorganen de arbeidsgeschiktheid van de betrokkenen zeer sterk beïnvloedt.
Het is niet verwonderlijk dat de helft van deze groep in beschutte arbeid is gekomen en het mag worden aangenomen dat een groot deel van degenen, die niet meer zijn ingeschreven, zichzelf niet meer arbeidsgeschikt hebben geacht en blijkbaar voldoende middelen van bestaan hadden (invaliditeitsrente en andere sociale voorzieningen).

Er zijn 128 gevallen waarin hartaandoeningen met aandoeningen van de bewegingsorganen tezamen voorkomen. Hiervan zijn 13 gevallen jonger dan 40 jaar; 12 personen zijn tussen 40 en 49 jaar oud en 103 personen zijn 50 jaar of ouder.
In 30 gevallen bestond de hartaandoening uit arteriosclerotische aandoening van het hart of een aandoening van de coronaria; in 9 gevallen was myodegeneratio cordis gediagnostiseerd, in 42 gevallen bestond een vorm van hypertensie terwijl het resterend aantal (47) over verschillende andere diagnosen van deze hoofdgroep verdeeld is.
De aandoeningen van de bewegingsorganen zijn in 11 gevallen rheumatoide arthritis (nr. 722)*; in 76 gevallen osteo-arthrosis (nr. 723)* en in 10 gevallen niet nader omschreven vormen van arthritis en rheuma (nrs. 724 t/m 727)*. In 16 gevallen bestond er een misvorming van de wervelkolom, terwijl in 15 andere gevallen functiebeperking en houdingsveranderingen aan gewrichten bestonden. De osteo-arthrose groep moet dan ook als de meest belangrijke worden beschouwd. De 76 lijders aan osteo-arthrose vertonen in 20 gevallen arteriosclerotische aandoeningen van het hart en van de coronaria, in 5 gevallen myodegeneratio cordis, in 30 gevallen hypertensie, terwijl 21 gevallen aan overige hart- en vaataandoeningen lijden.
De leeftijdsverdeling wijst weer op een sterk overwegen van personen van 50 jaar en ouder: n.l. jonger dan 40: 4, tussen 40-49 jaar: 7, 50 jaar en ouder: 65.
Van deze 76 personen zijn er 20 in normale arbeid gebleven; 29 zijn in beschutte arbeid geplaatst, 19 hebben niet meer gewerkt of tijdens de periode van waarneming het werken gestaakt en van 8 is het arbeidsbeloop niet bekend. Zij zijn uit een reeks verschillende beroepen afkomstig. Door hun numerieke vertegenwoordiging vallen op: de bouwnijverheid (24), de landbouw (9) en de ongeschoolde arbeiders (12). Van degenen die in normale arbeid bleven werken, zijn er zes in de bouw en vier als los arbeider in ongeschoolde arbeid geplaatst. De overigen zijn over andere beroepsgroepen verdeeld.
De patienten, die aan deze combinatie van aandoeningen lijden zijn ongeschikt voor zware lichamelijke inspanning en voor ongunstige arbeidsomstandigheden. Het is daarom te verwachten dat deze patienten in de bouw en de ongeschoolde arbeid moeilijk gehandhaafd kunnen worden.
Het hoge aantal plaatsingen in beschutte arbeid geeft aan, dat hun assimilatie aan normale arbeid moeilijk is; de verrichte plaatsingen tonen

---

* codecijfers volgens I.C.D.

niettemin dat er toch nog plaatsingsmogelijkheden in het normale arbeidsproces zijn geweest, zodat een grondig onderzoek van de bestaande plaatsingskansen aan de plaatsing in beschutte arbeid vooraf moet gaan.

Tabel 16
Meervoudige diagnosen per leeftijdsgroep

mannen

	Diagnosehoofdgroepen	jonger dan 19 jaar	19-24 jaar	25-39 jaar	40-49 jaar	50-64 jaar	Totaal
I	Infectieziekten	6	5	59	41	41	152
III	Allergieën, endocrine ziekten, etc	-	3	21	22	53	99
IV	Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	1	-	-	2	5	8
V	Psychosen, neurosen en psychopathieën	38	61	200	106	105	510
VI	Organische ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	31	35	158	119	203	546
VII	Ziekten van het circulatie-apparaat	6	13	52	62	366	499
VIII	Ziekten van de ademhalingsorganen	7	12	37	62	224	342
IX	Ziekten van de spijsverteringsorganen	1	4	37	47	84	173
X	Ziekten van het urogenitaalsysteem	-	4	8	5	21	38
XII	Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	2	3	7	4	15	31
XIII	Ziekten van de bewegingsorganen	11	19	75	82	239	426
XV	Ongevallen	3	3	40	26	80	152
XVI	Andere aandoeningen	-	1	5	3	13	22
	aantal diagnosen	106	163	699	581	1449	2998
	%	3,6	5,4	23,4	29,4	48,2	100

De leeftijdsindeling van deze gecombineerde aandoeningen (tabel 16) toont aan, dat bijna de helft der gevallen tot de leeftijdsgroep 50 jaar en ouder behoort. Bij de oudste leeftijdsgroep komt de hoogste frequentie voor in de diagnosehoofdgroepen VI, VII, VIII en XIII. Daarnaast wordt opgemerkt, dat in elk van deze diagnosehoofdgroepen het juist de personen van 50 jaar en ouder zijn, die het overgrote deel van de groep uitmaken. Bij de ziekten van het circulatie-apparaat zijn de 50 - 64 jarigen bijna 75% en bij de ziekte van de ademhalingsorganen ruim 65% van de betreffende diagnosehoofdgroep. Hieruit mag worden afgeleid dat deze aandoeningen een grote invloed hebben op de arbeidsgeschiktheid van de oudere werknemer.

Combinaties van aandoeningen bij vrouwen.
Hoewel het aantal personen die aan meer dan één aandoening lijdt bij de vrouwen procentueel iets hoger is dan bij de mannen, (14.5% tegenover 12.6%) is het aantal van 187 gevallen te gering om enige gevolgtrekkingen toe te laten.

Het optreden van meer dan één aandoening bij dezelfde persoon is bij de werkzoekenden die bij de arbeidsbureaus aan een medisch onder-

zoek werden onderworpen in bijna een vierde der gevallen waargenomen. Het samengaan van meer dan één aandoening blijkt een ernstige beperking in de arbeidsgeschiktheid van de betrokkene te veroorzaken. Dit moet als één der redenen worden beschouwd, waardoor de arbeidsinpassing van deze meervoudig gehandicapten grote moeilijkheden ondervindt. Uit het hoge percentage personen in de oudere leeftijdsgroepen mag worden aangenomen, dat het optreden van meer dan één aandoening voor de oudere leeftijdsgroepen de geschiktheid voor normale arbeid bijzonder beperkt.

De leeftijdsverdeling bij de geregistreerde arbeidsreserve en bij de gekeurde personen.

Een onderzoek naar de leeftijden van de gekeurde personen is nodig om de invloed van veroudering bij de personen met lichamelijke afwijkingen of klachten na te gaan.
Voor de leeftijdsindeling wordt bij het Rijksarbeidsbureau met de volgende groepen gewerkt:

1. jonger dan 19 jaar: jeugdigen die nog niet in militaire dienst zijn opgeroepen;
2. 19-24 jaar: personen in de ontwikkeling van hun vakopleiding;
3. 25-39 jaar: personen met voltooide vakopleiding;
4. 40-49 jaar: leeftijdsgroep waarbij de invloed van voortschrijdende leeftijd reeds merkbaar wordt;
5. 50 jaar en ouder: leeftijdsgroep waarbij de invloed van veroudering manifest is.

De spreiding van de gekeurden over verschillende leeftijdsgroepen dient dan te worden vergeleken met de spreiding der ingeschreven werkzoekenden (geregistreerde arbeidsreserve). Voorts is het nuttig een indruk te verkrijgen in hoeverre de geregistreerde arbeidsreserve, uit het oogpunt van leeftijdsverdeling, overeenstemt met de mannelijke personen in loondienst. Het ligt voor de hand na te gaan, of de bij het Rijksarbeidsbureau gebruikelijke statistiek naar de leeftijd der ingeschreven werkzoekenden als basis van vergelijking kan dienen voor de beoordeling van de leeftijdsspreiding van de gekeurde personen. De telling van het aantal inschrijvingen bij de arbeidsbureaus is in jaarcijfers bekend, en er is een leeftijdsindeling beschikbaar. Toch zou een vergelijking met deze statistische gegevens een misleidend beeld geven, omdat deze statistiek wel het aantal inschrijvingen, maar niet het aantal ingeschreven personen betreft. Het is in verschillende bedrijfstakken niet ongebruikelijk, dat een werknemer meermalen per jaar van werkgever verandert en zich vaker dan eenmaal bij een arbeidsbureau laat inschrijven. Het aantal inschrijvingen is derhalve belangrijk hoger dan het aantal ingeschreven personen. Het is niet mogelijk uit de statistiek der inschrijvingen een schatting te maken van het aantal personen, dat bij de arbeidsbureaus voor bemiddeling werd ingeschreven. Ander vergelijkingsmateriaal kan worden gezocht in de statistieken van de geregistreerde arbeidsreserve. Deze arbeidsreserve - het werklozenbestand - kan niet door een jaarcijfer worden uitgedrukt daar het door telling op peildata wordt vastgesteld.
Van deze tellingen, die viermaal per jaar worden gehouden, kan een gemiddelde worden berekend, dat als jaarcijfer kan gelden.
In tabel 17 is dit berekende jaargemiddelde opgenomen en verdeeld volgens de leeftijdsklassen, waarin de telling wordt gemaakt. Teneinde na te gaan of deze leeftijdsverdeling overeenstemt met de opbouw van de Nederlandse bevolking is een vergelijking gemaakt met de mannelijke beroepsbevolking. Hiervoor zijn gegevens gebruikt uit de volkstelling 1960; hierbij zijn de "personen in loondienst" en de "tijdelijk niet wer-

kenden" tezamen genomen, daar beide groepen de beroepsbevolking vormen. De vergelijking met het aantal gekeurden zal aan kunnen geven, of bepaalde leeftijdsgroepen bij de keuringen door bijzondere frequentie opvallen.

Tabel 17

Personen in loondienst, geregistreerde arbeidsreserve en keuringen

mannen

leeftijdsgroepen	Personen in loondienst en tijdelijk niet-werkenden (volkstelling 1960)		berekend gemiddelde geregistreerde arbeidsreserve 1960	keuringen	
	aantal 1000 x	%		aantal	%
jonger dan 19 jaar	270	10.6	3.9	418	3.6
19 - 24 jaar	321	12.6	6.4	987	8.6
25 - 39 jaar	930	36.6	24.5	3045	26.9
40 - 49 jaar	477	18.8	20.9	2486	22.0
50 jaar en ouder	545	21.4	44.3	4410	38.9
totaal	2543	100	100	11346	100

N. B. Bij de volkstelling zijn de grenzen van de jongere leeftijdsgroepen "jonger dan 20 jaar " en "20 - 24 jaar". Dit verschil is bij het samenvatten der groepen tot personen jonger dan 40 jaar en personen van 40 jaar en ouder niet meer van betekenis.

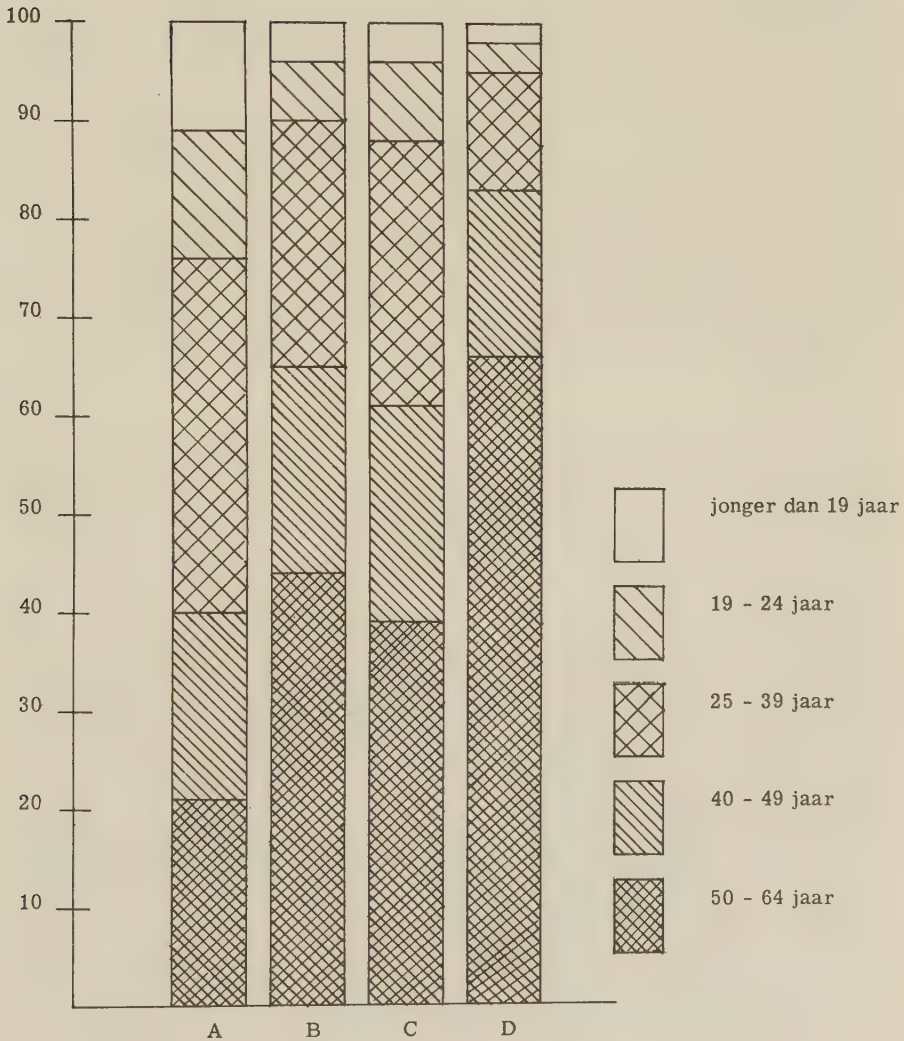
Bij de vergelijking van deze gegevens blijkt, dat de oudere leeftijdsgroepen bij de geregistreerde arbeidsreserve aanzienlijk groter zijn, dan bij de beroepsbevolking. Voor personen ouder dan 40 jaar zijn de percentages van deze groepen 65 resp. 40%. Dit betekent dat werkloosheid de ouderen zwaarder treft dan de jongere groepen, en dat de ouderen meer dan de jongeren van de arbeidsbemiddeling gebruik maken. De procentuele verdeling van de leeftijd van de gekeurden toont een grote gelijkenis met de leeftijdsspreiding van de geregistreerde arbeidsreserve; in elke leeftijdsgroep werd dus een evenredig aantal personen voor keuring voorgedragen. Daar echter de arbeidsbemiddeling voor meer dan 60% personen boven 40 jaar betreft en de keuringen een nagenoeg gelijke spreiding vertonen, behoort ook het aantal gekeurden voor een overgroot deel tot de oudere leeftijdsgroepen (grafiek 1).

De openbare arbeidsbemiddeling verricht zijn dienstverlening voor een groot deel aan moeilijk plaatsbaren; hier blijkt de toenemende leeftijd een belangrijke factor te zijn, die het de werkzoekende moeilijk maakt zelf werk te vinden. De sociaal-geneeskundige begeleiding strekt zich dus ook voor een groot deel uit tot de oudere werkzoekenden, waardoor verwacht kan worden dat de aandoeningen, die onder invloed van toenemende leeftijd frequenter gaan optreden, bij de gekeurden in grotere aantallen zullen voorkomen.

Moeilijkheden bij de bemiddeling van oudere arbeidskrachten doen zich reeds voor bij personen van 40 en 49 jaar. Voor vele mensen is deze periode de vruchtbaarste van hun leven. Wanneer zij in loondienst werken,

Grafiek 1

Leeftijdverdeling in procenten



A = Beroepsbevolking
B = Geregistreerde Arbeidsreserve
C = Keuringen
D = Ziekten van het Circulatie-apparaat

zijn zij de gewaardeerde medewerkers in het bedrijf. Wanneer zij echter werkloos worden doet zich het verschijnsel voor, dat zij langer werkloos blijven dan de werkzoekenden van jongere leeftijdsgroepen. Uit de gegevens van het Rijksarbeidsbureau over de duur van de inschrijving per leeftijdsgroep blijkt, dat reeds bij de leeftijdsgroep 40 - 49 jaar het percentage van de groepen met een inschrijvingsduur van korter dan 1 maand en van 1 - 3 maanden aanzienlijk lager ligt dan bij de jongere leeftijdsgroepen, terwijl het percentage beduidend hoger is voor de inschrijvingsduur van 12 maanden en meer. Reeds de werknemer van boven de 40 jaar blijkt dus moeilijker te bemiddelen (grafiek 2).
Dit moeilijker plaatsbaar zijn van personen boven een bepaalde leeftijd is als sociologisch verschijnsel te verklaren. Door veranderingen in psychisch gedrag en fysieke prestaties zal de oudere werknemer niet meer voor bepaalde werkzaamheden geschikt zijn. Deze verminderde geschiktheid uit zich o.a. doordat het voor de oudere werknemer langer duurt opnieuw werk te vinden, wanneer hij werkloos is geworden.
Het is echter niet duidelijk, waarom dit moeilijk plaatsbaar zijn reeds begint in de leeftijdsgroep 40 - 49 jaar. In het gecompliceerde proces van het ouder worden zal de fysieke toestand een element van betekenis zijn. Het is daarom nodig te onderzoeken, of het materiaal van deze enquête het inzicht kan brengen in het probleem van het moeilijk plaatsbaar worden van de werknemer in de leeftijd tussen 40 en 50 jaar.
In hoofdstuk VI wordt het vraagstuk van arbeidsbemiddeling van personen tussen 40 en 50 jaar nader bestudeerd.

Verdeling naar beroepen

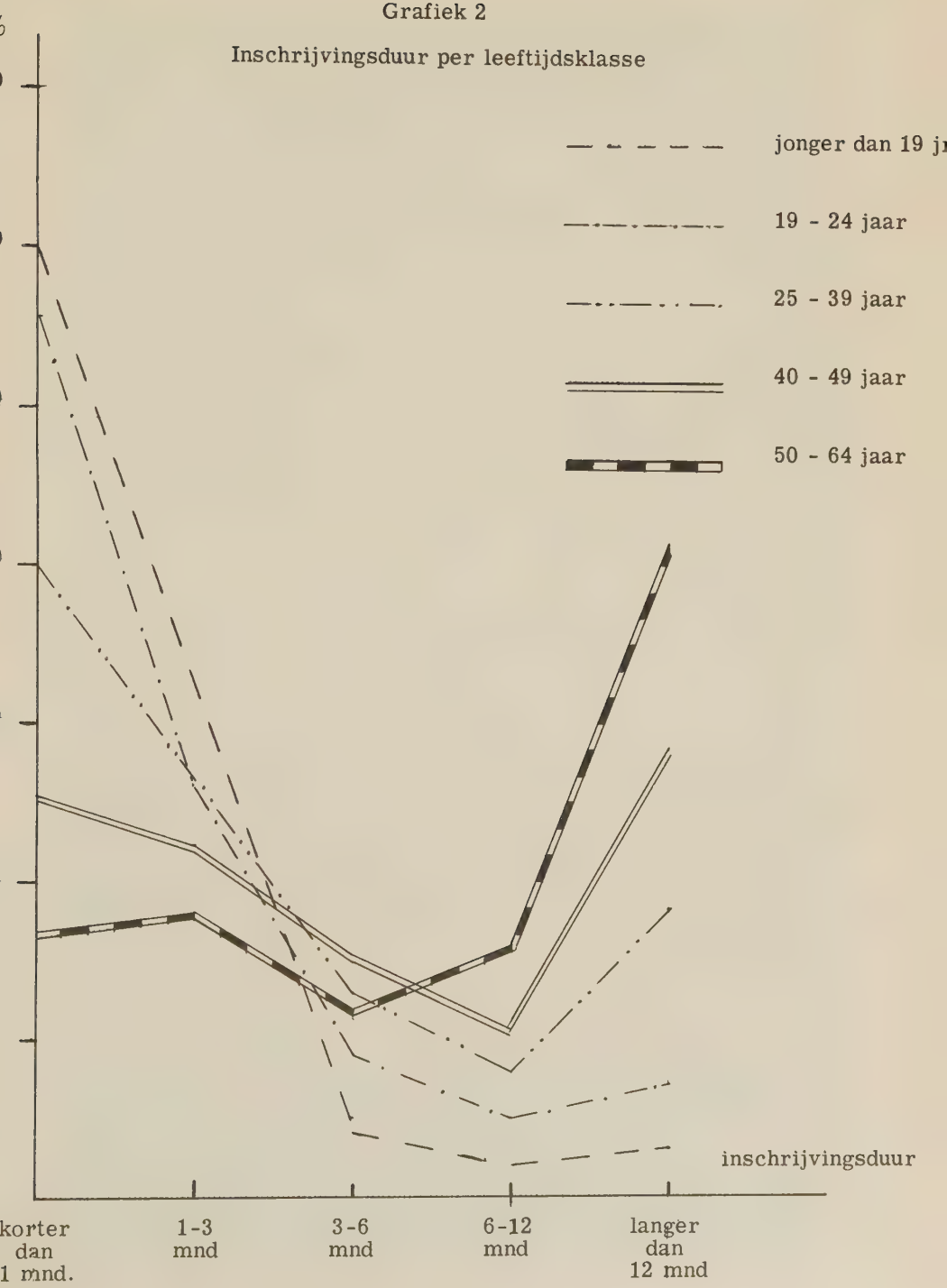
De verdeling naar de beroepen, waarin de betrokkenen het laatst hebben gewerkt vóór zij op het arbeidsbureau werden gekeurd, is gemaakt volgens de classificatie van ingeschreven werkzoekenden en aanvragen van werkgevers, die door het Centraal Bureau voor de Statistiek wordt gebruikt. Daarnaast zijn drie groepen opgenomen, n.l. personen die in beschutte arbeid werken, personen die nog geen arbeid hadden verricht en de gerepatrieerden.
Bij de verdeling naar de beroepen blijken de grote aantallen gekeurden slechts in enkele beroepsgroepen voor te komen. Dit zijn de bouwvakarbeiders, de metaalbewerkers, het landbouwpersoneel, het hotel-, scheepvaart- en verkeerspersoneel *) en de losse arbeiders. Zij vormen met 7765 gevallen ruim 68% van het aantal gekeurden. De in beschutte arbeid geplaatsten zijn met 835 ruim 7% van de gekeurden, zodat de overige beroepen en degenen die nog niet hadden gewerkt, tezamen 25% van het aantal gekeurden vormen.
Teneinde een indruk te verkrijgen van de verhouding van de gekeurden ten opzichte van werkzoekenden in deze beroepsgroepen, die bij de gewestelijke arbeidsbureaus werden ingeschreven, is een vergelijking gemaakt met de beroepsindeling van de geregistreerde arbeidsreserve uit het jaarverslag van het Rijksarbeidsbureau. Wanneer het gemiddelde van de ingeschreven werklozen van de teldata in 1960 wordt berekend, dan blijken er duidelijke verschillen te bestaan tussen percentages van ingeschreven werkzoekenden per beroepsgroep en van de personen voor wie een geneeskundig onderzoek nodig werd geacht.
Met uitzondering van de landbouw, is er voor elk van de genoemde beroepsgroepen het percentage gekeurde personen duidelijk hoger dan het

---

*) Het horecapersoneel, varend en niet-varend verkeerspersoneel behoort, voornamelijk op traditionele overwegingen tot dezelfde beroepsgroep. Kantoor- en onderwijzend personeel, sociaal en geneeskundig personeel en kunst- en sportbeoefenaren zijn ook tot één beroepsgroep samengevoegd.

Grafiek 2

Inschrijvingsduur per leeftijdsklasse



gemiddelde percentage ingeschrevenen (Tabel 18).

Tabel 18

Geregistreerde Arbeidsreserve en Keuringen
verdeeld naar beroepsgroepen

mannen 1960

	geregistreerde arbeidsreserve									keuringen	
	maart		juni		sept.		dec.		gemiddeld % 1960	aant.	%
	aant.	%	aant.	%	aant.	%	aant.	%			
bouwvakarbeiders	7826	13,8	2749	8,7	1960	7,2	9390	19,1	13,3	2359	23,6
metaalbewerkers	1718	3,0	890	2,8	1044	3,9	1369	2,8	3,1	1079	10,8
landbouwpersoneel	9594	17,0	3629	11,5	1017	3,7	7642	15,6	13,3	1019	10,2
hotel- en verkeerspersoneel	3830	6,8	1227	3,9	2123	7,8	3135	6,4	6,2	831	8,3
adm. en sociaal personeel	9114	16,0	4555	14,5	2754	10,2	7049	14,4	14,3	2477	24,8
losse arbeiders	24626	43,4	18453	58,6	18199	67,2	20457	41,7	49,8	2236	22,3
Totaal	56708	100	31503	100	27097	100	49042	100	100	10001	100
beschutte arbeid										835	
nog niet gewerkt										301	
gerepatrieerd										104	
beroep niet vermeld										105	
										11346	

De redenen voor het optreden van werkloosheid zijn van betekenis voor de herplaatsing van minder-validen. In sommige beroepsgroepen, zoals de bouw en de landbouw, bestaat een duidelijk herkenbare seizoenwerkloosheid, die uiteraard ook invloed uitoefent op de minder-validen. De wrijvingswerkloosheid en structuurwerkloosheid zijn in 1960 sterk verminderd en oefenen nauwelijks invloed op het zonder werk komen van gehandicapten. De conjunctuurwerkloosheid is uit het beeld van de arbeidsverdwenen. Hoewel door de situatie van de arbeidsmarkt in de laatste jaren ook de werkloosheid onder de minder-geschikten en minder-validen is afgenomen, bestaan hier toch duidelijke verschillen bij de onderscheidene beroepsgroepen.
De grote verschillen van percentages van ingeschrevenen op de verschillende teldata die zich bij de landbouw voordoen, zijn veroorzaakt door de duidelijke invloed van seizoenwerkloosheid in deze beroepsgroep. Het ligt voor de hand, dat bij het einde van de winterwerkloosheid de meeste werknemers in de landbouw gemakkelijk worden geplaatst. De reden van hun werkloosheid ligt immers in de aard van het bedrijf en niet in de lichamelijke conditie van de werknemer. Voorts mag erop gewezen worden, dat in de landbouw een vrij sterke binding tussen werkgevers en werknemers bestaat en de werkzaamheden in de landbouw het mogelijk maken passende arbeid te geven aan hen, die met het zwaarste werk niet meer mee kunnen. Dit zou een verklaring kunnen vormen voor het relatief lage percentage landarbeiders onder de gekeurden bij de gewestelijke arbeidsbureaus.
De seizoensinvloed, die bij de landbouw zo duidelijk is, is eveneens

waar te nemen bij de bouwnijverheid. Er is een hoog werkloosheidspercentage in december, dat in maart duidelijk lager is geworden, terwijl de cijfers voor juni en september, beide op een nog lager niveau, slechts weinig verschil vertonen. Dat er niettemin een hoog percentage keuringen in deze beroepsgroep wordt geregistreerd kan veroorzaakt worden door de relatief zware arbeid, die de bouwvakarbeider in het algemeen verricht. De ongunstige arbeidsomstandigheden van de bouw spelen hierbij ook een rol. Volgens de telling van bouwvakarbeiders in juni 1961 werd door 37% van de arbeiders zware lichamelijke arbeid verricht. Dit zijn de opperlieden, de grondwerkers en de betonijzervlechters. Het is aan te nemen, dat deze mensen juist met lichamelijke klachten het zware werk in vaak ongunstige arbeidsomstandigheden niet meer kunnen doen. De band tussen werkgever en werknemer is aanzienlijk losser dan b.v. in de landbouw.
Het is normaal dat een bouwvakarbeider enige keren per jaar van werkgever verandert bij afloop van werkzaamheden. Vraagt hij bij zijn inschrijving bij het arbeidsbureau om lichtere arbeid, dan zal de bemiddelaar veelal een keuring aanvragen. Dezelfde argumenten gelden voor het hoge percentage van gekeurden onder de losse arbeiders. Ook zij verrichten zware lichamelijke arbeid en hun binding aan het bedrijf is evenmin van die aard, dat zij gemakkelijk aangepast werk kunnen krijgen.
Bij deze groep is de seizoeninvloed geringer dan bij de bouw. De metaalindustrie toont in het werkloosheidspercentage van 1960 een constant gemiddelde op een laag niveau. Men mag hieruit afleiden, dat er een grote stabiliteit in deze beroepsgroep heerst. De werkloosheid in deze beroepsgroep wordt zeker niet door seizoensinvloeden bepaald. De arbeidsmarktbeschrijving tekent het jaar 1960 als een jaar met een bijzondere ontwikkeling van de werkgelegenheid in de metaalnijverheid en met een groot tekort aan arbeidskrachten. Deze expansie gold voor vrijwel alle sectoren van de metaalnijverheid, waarbij de ontwikkeling van de elektronische industrie in het bijzonder wordt genoemd. Het zijn dus niet alleen de zware vormen van de metaalnijverheid, maar ook de lichtere, fabrieksmatige arbeid in deze beroepsgroep, die een grote vraag naar werkkrachten toonde. Het werkloos worden in deze branche kan dus niet veroorzaakt zijn door het gebrek aan plaatsingskansen; het ligt niet aan de industrie, maar de oorzaak zal gezocht moeten worden in de werknemer.

Van de 1287 vrouwen, die aan een medische keuring werden onderworpen, behoren er 158 (12.3%) tot de confectie-industrie, 81 (6.3%) tot het handelspersoneel (winkelbedienden), 116 (9%) tot het horecapersoneel, 187 (14.6%) tot administratieve en sociale beroepen, 310 (24.1%) tot huishoudelijk personeel en 94 (7.3%) tot de groep van losse arbeidsters. De overige 341 behoren, in kleine getallen verspreid, tot de overige beroepsgroepen, hadden nog niet gewerkt, of zijn in beschutte arbeid werkzaam geweest.

Het resultaat van de arbeidsbemiddeling

Bij het proefonderzoek werd getracht gegevens te verzamelen over de plaatsing van de onderzochte personen en een inzicht te verkrijgen of deze plaatsing overeenstemming vertoonde met het gegeven medisch advies. Wanneer de betrokkene de gevonden arbeidssituatie wist te behouden, zou daaruit mogen worden afgeleid, dat de plaatsing ook uit sociaal-geneeskundig oogpunt verantwoord was geweest.
Uit de antwoorden van het proefonderzoek bleek dat de beoordeling van de plaatsing slechts mogelijk was indien de arbeidsbureaus zeer gedetailleerde gegevens hadden verstrekt. Dit was echter niet steeds het geval, zodat volstaan moest worden met het opstellen van een zeer globale indeling, waarbij een scheiding werd gemaakt tussen de plaatsing

in het normale bedrijfsleven en de plaatsing in beschutte arbeid. Hierbij bleek dat van de mannen ongeveer een derde deel bemiddeld was naar werk in het normale bedrijfsleven en een derde in beschutte arbeid was geplaatst. In ongeveer 10% der gevallen had de keuring om andere redenen dan arbeidsbemiddeling plaats en in ruim een vierde deel was de inschrijving bij het arbeidsbureau niet verlengd.
Teneinde een beter inzicht te verkrijgen en de onnauwkeurigheden, die bij het proefonderzoek waren gebleken te verbeteren, werd bij het definitieve onderzoek gevraagd een beschrijving te geven van het werk dat de betrokkene sinds 1960 had verricht. Tevens werd bij het definitieve onderzoek een indeling in groepen ingevoerd van degenen, die hun inschrijving bij het arbeidsbureau niet hadden verlengd. Hierdoor werd het aantal gevallen waarvan het arbeidsbeloop niet bekend was, aanzienlijk verminderd. Niettemin blijft er nog een relatief belangrijk aantal onderzochte personen over, waarvan het arbeidsleven niet of niet nauwkeurig bekend is. Dit wordt veroorzaakt door het feit, dat de werknemer in Nederland vrij is in het zoeken en kiezen van zijn werk. Een belangrijk deel van de arbeidsbemiddeling gaat buiten de arbeidsbureaus om.
Wel mag men aannemen, dat degenen die na een plaatsing niet opnieuw werden ingeschreven, werkzaam zijn gebleven, althans niet opnieuw werkloos zijn geworden. Bij werkloosheid is de inschrijving bij een arbeidsbureau immers noodzakelijk om de uitkeringen krachtens de Werkloosheidswet te kunnen ontvangen. Wanneer de betrokkene zijn aanspraken op de werkloosheidsverzekering heeft uitgeput, kan hij recht doen gelden op andere sociale voorzieningen, waarvoor echter eveneens inschrijving bij een arbeidsbureau noodzakelijk is. Toch blijkt het dat velen, na het verlopen van de periode van werkloosheidsverzekering hun inschrijving niet verlengen en dan blijkbaar zelf werk hebben gevonden. De positie, die het arbeidsbureau inneemt tussen werkgever en werknemer draagt duidelijk het karakter van dienstverlening; om deze reden moest bij dit onderzoek worden volstaan met de gegevens, die het arbeidsbureau ter beschikking heeft en kon niet worden verlangd, dat het arbeidsbureau met betrekking tot de onbekende gevallen bij werkgever of geplaatste werknemer zou informeren naar het huidige arbeidsverband.
Bij de beoordeling van het bemiddelingsresultaat dient nog een ander aspect te worden vermeld. Ongeveer de helft van het aantal onderzochte personen was voor onderzoek voorgedragen door de afdelingen voor de bijzondere bemiddeling. Dit zijn dus de minder-validen of personen die waarschijnlijk tot de minder-validen moeten worden gerekend. Een deel van de gekeurden, uit andere bemiddelingssecties afkomstig, zal duidelijke afwijkingen en beperkingen vertonen; een ander deel lijdt niet aan afwijkingen die een ernstige beperking voor hun beroepsarbeid vormen. Juist deze laatste groepen, waarvan de omvang niet is vast te stellen, zullen de personen bevatten, die erin slagen zelf werk te vinden. Zij hebben wel voldaan aan de oproep voor het geneeskundig onderzoek toen dat na hun eerste bezoek bij het arbeidsbureau op grond van hun arbeidsverleden wenselijk was, maar zijn daarna niet meer teruggekomen.
Het arbeidsbeloop van de gekeurden is in belangrijke mate afhankelijk van de aandoening waaraan de betrokkene lijdt, zijn leeftijd en het beroep dat hij heeft uitgeoefend. Een algemeen overzicht van het arbeidsbeloop van alle over wie dit onderzoek zich heeft uitgestrekt kan alleen inzicht in de plaatsbaarheid van de gekeurden geven als met bovengenoemde factor volledig rekening wordt gehouden. Hiervoor is een indeling in groepen nodig zodat een groepsgewijze bestudering van het arbeidsbeloop mogelijk wordt. Het ligt voor de hand een groepsindeling naar diagnose te maken. Daar de omvang van deze studie de bewerking van het gehele ma-

teriaal niet toelaat, moest voor verdere bewerking één diagnosegroep worden gekozen. Hiervoor zal de diagnosehoofdgroep van ziekten van het circulatie-apparaat nader worden bestudeerd. De ernst van de aandoeningen en de sterke beperkingen die door deze ziekte op de arbeidsgeschiktheid worden veroorzaakt, zijn voldoende aanleiding om de ervaringen van de arbeidsbureaus met deze patienten na te gaan.
Een andere groepsindeling is mogelijk volgens de leeftijd.
In de voorgaande beschouwingen over de leeftijdsspreiding is gebleken, dat de leeftijd van 40 tot 50 jaar een kritieke periode vormt voor de arbeidsinpassing van gehandicapten. Ook over deze groep zal een nadere beschouwing worden gegeven.

HOOFDSTUK V

DE ARBEIDSBEMIDDELING VAN LIJDERS AAN ZIEKTEN VAN HET CIRCULATIE-APPARAAT

Uit de beschouwingen over de oorzaken van verminderde validiteit in het voorafgaande hoofdstuk is gebleken, dat de hoofdgroep VII van de I. C. D. numeriek tot de grootste groepen behoort. De verdeling van deze hoofdgroep is gemaakt volgens de onderverdeling van de Nederlandse bewerking van de I. C. D. waarbij enkele groepen zijn gecombineerd en acute aandoeningen zijn weggelaten. De latere gevolgen van rheumatische hartaandoeningen (nrs. 410-416) zijn tot één groep tezamen genomen, daar een nauwkeurige diagnostiek meestal niet beschikbaar was, terwijl het aetiologisch moment bij keuring en informatie bij specialisten door de keurende artsen meestal wel kon worden vastgesteld. De diagnosen 430 t/m 432, die acute aandoeningen omvatten, zijn niet in de codering van invaliditeitsoorzaken opgenomen. De gevallen met verhoogde bloeddruk zijn eveneens in één groep samengebracht, die de nrs. 440 t/m 447 omvat. Hier is het gemeenschappelijk kenmerk van hypertensie vast te stellen, terwijl de onderscheidingen, die in deze groepen in de I. C. D. zijn aangebracht, bij keuringen nauwelijks tot hun recht kunnen komen en een aanleiding zouden zijn tot het onderbrengen van de gevallen in de niet nader omschreven vormen van hypertensie.
Uit praktische overwegingen en vanwege het kleine aantal gevallen zijn de groepen 463 en 464, phlebitis en thrombophlebitis van de onderste extremiteiten en zonder nadere aanduiding van localisatie tezamen genomen. Daar de diagnosen 465, longembolie, en 466, andere veneuze embolie of thrombose, als invaliditeitsoorzaken slechts geringe betekenis hebben, zijn deze diagnosen samengenomen met de rest-diagnose, nr. 467. Aan deze indeling is toegevoegd nr. 754, de aangeboren gebreken van het hart, aangezien de patient door de arbeidsbemiddeling als "hart-patient" dient te worden behandeld.
Van de onderzochte personen behoorden 1717 mannen tot hoofdgroep VII. Tabel 19 geeft een verdeling van deze mannen naar subgroepen en naar leeftijdsklassen.
Deze tabel toont, dat enkele van de diagnosegroepen een groot aantal personen bevat en dus mag worden aangenomen, dat deze aandoeningen een betekenis hebben voor de arbeidsgeschiktheid van de betrokken personen. Van belang is na te gaan welke invloed de onderscheiden aandoeningen op de arbeidsgeschiktheid hebben uitgeoefend. Uit dit gezichtspunt zullen de belangrijkste groepen worden geanalyseerd. Hiervoor zijn genomen

1. hartziekten van arteriosclerotische aetiologie en ziekten van de coronaria;
2. myodegeneratio cordis;
3. hypertensie;
4. perifere ziekten van de arteriën;
5. varicosis van de onderste ledematen.

Als algemen opmerking over deze hoofdgroep kan worden gesteld, dat de meeste lijders aan deze ziekten tot de hogere leeftijdsklassen behoren:
66% van de mannen is ouder dan 50 jaar.

HARTZIEKTEN VAN ARTERIOSCLEROTISCHE AETIOLOGIE EN ZIEKTEN VAN DE CORONARIA

Volgens de Nederlandse bewerking van de I. C. D. behoren tot deze diagnosegroep (nr. 420):

Tabel 19

Ziekten van het circulatie-apparaat
Verdeling naar leeftijdsgroepen

mannen

Code I.C.D.	Omschrijving	jonger dan 19 jaar	19-24 jaar	25-39 jaar	40-49 jaar	50 jaar en ouder	totaal
410-416	Latere gevolgen van rheumatische hartaandoeningen	12	6	18	22	2	60
420	Hartziekten van arteriosclerotische aetiologie en ziekten van de coronaria	-	-	16	73	337	426
421	Klepvliesgebreken, maar niet aangeduid als rheumatisch	6	8	33	17	36	100
422	myodegeneratio cordis	-	1	2	17	124	144
433	Stoornissen in de prikkelgeleiding en prikkelvorming van het hart	-	2	11	18	51	82
434	Andere en n.n.o. hartziekten	-	3	6	6	21	36
440-447	Hypertensie, benigne- en malignevormen, met en zonder bekende hartafwijking	2	13	40	52	310	417
754	Aangeboren afwijkingen	13	16	16	6	2	53
450	Arteriosclerose	-	-	1	2	49	52
453	Perifere arteriële vaatziekten	-	-	17	17	93	127
454	Arteriële thrombose en embolie	-	-	4	6	16	26
460	Varicosis van venen van de onderste extremiteiten	-	6	22	34	66	128
463-464	Phlebitis en thrombophlebitis	-	-	9	9	26	44
467	Andere ziekten van het circulatie-apparaat	1	1	5	5	10	22
		34	56	200	284	1143	1717
	%	1.9	3.3	11.7	16.6	66.5	100

a. hartziekten van arteriosclerotische aetiologie, niet nader omschreven;
b. ziekten van coronaria, aangeduid als coronairsclerose en gevolgtoestanden en
c. angina pectoris zonder coronairsclerose.

Bij al deze ziekten staat een anamnestisch ziektebeeld op de voorgrond, waarin de "hartaanval" een karakteristieke plaats inneemt, terwijl ook de pijnaanvallen van de angina pectoris bij anamnestische informatie door de patienten duidelijk wordt aangegeven. Bovendien vragen de keu-

ringsartsen in vele gevallen nadere informatie aan behandelende specialisten, waardoor gegevens over de diagnose worden verkregen.
Tot deze diagnosegroep behoorden 426 personen, van wie er 403 laatstelijk aan het normale arbeidsproces hadden deelgenomen, toen zij zich bij een arbeidsbureau lieten inschrijven; 23 der gekeurden werkten in beschutte arbeid en werden voor een hernieuwd onderzoek voorgedragen om hun mogelijke arbeidsgeschiktheid voor normale arbeid te onderzoeken. Na de keuring hebben 98 personen zich in normale arbeid kunnen handhaven, 141 waren aan het eind van de waarnemingsperiode in beschutte arbeid werkzaam en 113 personen hebben hun inschrijving bij het arbeidsbureau niet verlengd. In 70 van deze gevallen is het bekend, dat de betrokkenen 65 jaar waren geworden of geheel arbeidsongeschikt waren. Van 74 personen is het arbeidsbeloop na de keuring niet bekend, doch de leeftijdsklassen waartoe zij behoren (59 personen zijn 50 jaar of ouder) doen vermoeden, dat de meesten van hen niet meer aan regelmatige arbeid hebben deelgenomen. Tabel 20 geeft een overzicht van de leeftijdsspreiding van deze gekeurden.

Leeftijdsverdeling
De verdeling naar leeftijd geeft aan, dat 16 personen (3.6%) tussen 30 en 39 jaar waren, 73 (17.2%) behoorden tot de leeftijdsgroep 40-49 jaar. De overige 337 gevallen (79.2%) zijn 50 jaar en ouder op het tijdstip van de geneeskundige keuring. (tabel 19, blz. 67)
Het is bekend dat de arteriosclerotische aandoeningen van het hart en de coronaria tot de ziekten van de oudere leeftijd behoren. Gezien het belang hiervan is het wenselijk de leeftijdsindeling, die in de aanvang van dit hoofdstuk is gegeven en waarbij de groepering van het Rijksarbeidsbureau is gevolgd, nader in leeftijdsgroepen onder te verdelen (tabel 20).

Tabel 20

Hartziekten van arteriosclerotische aetiologie en ziekten van de coronaria
Verdeling naar leeftijdsklassen en arbeidsbeloop

mannen

Leeftijdsklasse	werkt in normale bedrijfsleven	werkt in beschutte arbeid	inschrijving niet verlengd	niet bekend	totaal	%
30 - 34 jaar	4	-	-	2	6	1.2
35 - 39 jaar	5	2	1	2	10	2.4
40 - 44 jaar	10	5	4	2	21	5.0
45 - 49 jaar	16	18	9	9	52	12.2
50 - 54 jaar	26	36	14	16	92	21.6
55 - 59 jaar	26	56	30	19	131	30.8
60 - 64 jaar	11	24	55	24	114	26.8
Totaal	98	141	113	74	426	
%	23%	33.1%	26.5%	17.4%	100%	

Bij de beschouwing van deze gegevens moet niet vergeten worden, dat het hier steeds gaat om personen, die tot het verrichten van arbeid in staat worden geacht en die arbeid niet direct zelf kunnen vinden. In het vorige hoofdstuk werd aangetoond, dat de toenemende ouderdom alleen reeds een reden is dat arbeidsbemiddeling moeilijk verloopt; de combinatie van gevorderde leeftijd met deze hartaandoening moet dan ook als een sterke

beperking van de arbeidsgeschiktheid en plaatsbaarheid worden beschouwd. Dat er niettemin een tamelijk groot aantal van deze patiënten bij de arbeidsbureaus wordt ingeschreven wijst erop, dat zelfs voor de hogere leeftijdsklassen potentiële arbeidsgeschiktheid voor mogelijk wordt gehouden. Voor het numerieke en procentuele afnemen van het aantal personen in de leeftijdsklasse van 60 jaar en ouder moet de verklaring gelden, dat de combinatie van hartaandoening en deze leeftijd tot volledige arbeidsongeschiktheid leidt. Het is dus blijkbaar zo, dat de verschillende organisaties voor de uitvoering van sociale verzekering en van sociale bijstand er bij personen uit deze leeftijdsklasse in mindere mate op aandringen, zich bij een arbeidsbureau te laten inschrijven.

Tabel 21

Hartziekten van arteriosclerotische aetiologie en ziekten van de coronaria
Plaatsingen van mannen naar leeftijdsklasse en aard van het werk.

	werk in het oude beroep		werk in een ander beroep		Totaal
	zelf gevonden	bemiddeld	zelf gevonden	bemiddeld	
30 - 34 jaar	-	2	-	2	4
35 - 39 jaar	-	5	-	-	5
40 - 44 jaar	3	4	2	1	10
45 - 49 jaar	2	6	4	4	16
50 - 54 jaar	7	7	3	9	26
55 - 59 jaar	7	7	2	10	26
60 - 64 jaar	3	3	2	3	11
	22	34	13	29	98

Plaatsing in normale arbeid.

Van 98 personen, d. i. 23% uit deze diagnose-groep is bekend, dat zij aan het eind van de periode van waarneming normale arbeid verrichtten; 63 van hen waren ouder dan 50 jaar. Dit aantal mag klein genoemd worden, het is niettemin van betekenis dat uit de leeftijdsklassen 50 - 54 jaar en 55 - 59 jaar elk 26 personen, en uit de leeftijdsklasse 60 jaar en ouder nog 11 personen tot arbeid in het normale bedrijfsleven in staat waren (tabel 21). Bij deze groep bleek, dat plaatsing in het vroegere of een daaraan verwant beroep meer voorkwam dan plaatsing in ander werk. Uit de enquête-formulieren, waarop de aard der verrichte werkzaamheden werd vermeld, blijkt in vele gevallen dat de betrokkene na de keuring werk is gaan doen, dat duidelijk minder lichamelijke inspanning vraagt. Dit geldt zowel voor de herplaatsingen in het oude beroep, als voor de plaatsingen in andere passende arbeid. De gegevens van tabel 21 tonen dat bij de jongere leeftijdsklassen (beneden 50 jaar) een sterke binding aan het oude beroep bestaat; voorts is het aantal bemiddelden door het arbeidsbureau duidelijk groter dan degenen die zelf werk hebben gevonden. Bij de ouderen (boven 50 jaar) is geen duidelijk onderscheid tussen plaatsingen in het oude beroep en in ander werk. Ook hier valt het op, dat de arbeidsbureaus duidelijk meer mensen aan passend werk buiten hun vroegere beroep kunnen helpen, dan dat zij dit zelf hebben kunnen vinden. De bemiddelende functie van het arbeidsbureau voor deze groep zeer moeilijk

plaatsbaren treedt duidelijk naar voren. In het algemeen zijn de plaatsingen in overeenstemming met het gegeven medisch advies. Van de 63 bemiddelingen heeft ongeveer 2/3 plaatsgevonden door de ambtenaren voor de bijzondere bemiddeling; de overigen door de vaksecties van de arbeidsbureaus.

Plaatsing in Beschutte Arbeid.

Van de personen, die aan arteriosclerose van het hart lijden waren 23 personen in beschutte arbeid werkzaam; zij werden gekeurd met het oog op hun mogelijke doorstroming naar het vrije bedrijf. Eén van hen werd in normale arbeid geplaatst, zestien bleven in beschutte arbeid werkzaam en zes waren niet meer ingeschreven. Van degenen, die na de keuring in beschutte arbeid zijn geplaatst zijn er elf opnieuw in normale arbeid geplaatst en bleken er bij de enquête 15 niet meer te zijn ingeschreven. Tabel 20 geeft aan, dat de meeste personen, die in beschutte arbeid zijn geplaatst tussen 50 en 59 jaar zijn. Deze blijken dus toch tot de eisen van het werk in beschutte arbeid in staat te zijn. De leeftijdsklasse van 60 - 64 jaar bevat duidelijk minder personen. Er hebben 38 personen in beschutte arbeid gewerkt; 14 van hen hebben dit tijdens de periode van waarneming op moeten geven zodat er 24 personen tussen 60 en 65 jaar aan het eind van de waarnemingsperiode in beschutte arbeid werkzaam waren.
Dat de personen van deze leeftijd en met deze aandoening inderdaad moeilijk plaatsbaar zijn moge ook nog blijken uit de redenen, waarom 55 gekeurden niet meer waren ingeschreven: 25 waren niet meer arbeidsgeschikt, 6 wensten geen bemiddeling meer, 4 zijn overleden en 20 waren 65 jaar geworden.
Over het algemeen zijn deze plaatsingen in overeenstemming met het gegeven medisch advies. In 25 gevallen was de plaatsing in beschutte arbeid niet door de medisch adviseur aanbevolen en mag worden aangenomen dat de lichamelijke toestand van de betrokkene arbeid in het vrije bedrijf toestond. Van deze 25 personen waren er 18 bij de keuring 50 jaar of ouder. Daar de plaatsing in beschutte arbeid niet alleen op grond van medische overwegingen geschiedt maar ook op sociale gronden plaats heeft, is het begrijpelijk dat een aantal der gekeurden in beschutte arbeid werd geplaatst, omdat passende arbeid niet beschikbaar bleek te zijn.

Verdeling naar beroepen.

De lijders aan arteriosclerotische aandoeningen van het hart en ziekten van de coronaria zijn hoofdzakelijk bouwvakarbeiders, metaalbewerkers, landbouwpersoneel, hotel-, verkeers- en scheepvaartpersoneel en losse arbeiders in algemene dienst (ongeschoolden). Tabel 22 geeft een overzicht van de beroepen waartoe zij behoorden en de aard van werkzaamheden die zij na de keuring hebben kunnen verrichten.
Het aantal bouwvakarbeiders is met 109 gevallen ruim een vierde van de patiënten uit deze groep. Van deze 109 zijn er 13 in de bouw werkzaam gebleven; 9 werden in een ander beroep in het normale bedrijfsleven geplaatst. Vier personen konden zich als metselaar handhaven, hoewel dit in enkele gevallen in de lichtere vormen van reparatiewerk was. Twee van hen hadden korte tijd in beschutte arbeid gewerkt en waren daarna weer als metselaar geplaatst. Een voeger werd wederom als voeger bemiddeld. Eén van deze groep, een man van 51 jaar, werd op een Centrum voor Vakopleiding van Volwassenen van transportarbeider tot metselaar omgeschoold en bleef sindsdien als zo-

Tabel 22

Hartziekten van arteriosclerotische aetiologie en ziekten van de coronaria
Verdeling naar beroepen
mannen

	oorspronkelijke beroepsgroep	deze zijn geplaatst in: dezelfde beroepsgroep	een andere beroepsgroep	beschutte arbeid	niet meer arbeidsgeschikt	ouder dan 65 jaar	wenst geen bemiddeling	overleden	onbekend	totaal geplaatst als
bouwvakarbeiders	109	13	9	35	15	8	6	7	16	17
metaalbewerkers	50	7	7	10	10	1	5	3	7	10
landbouwpersoneel	21	3	1	8	1	2	2	1	3	5
hotel- en verkeers-) personeel)	35	5	6	15	4	2	-	-	3	11
administratief en) sociaal personeel)	12	6	1	1	3	-	-	-	1	15
losse arbeiders	89	12	7	27	14	-	2	3	24	22
overige beroeps-groepen	87	10	10	29	8	3	5	3	19	18
beschutte arbeid	23	-	1	16	1	4	-	-	1	-
	426	56	42	141	56	20	20	17	74	98

danig werkzaam. Een drietal schilders bleken weer als schilder te zijn gaan werken, evenals twee personen die opnieuw hun beroep als zelfstandig aannemer gingen uitoefenen. Een timmerman werd bijgeschoold tot opzichter.
Uiteindelijk hebben 17 personen in de bouw een plaats gevonden, zodat slechts vier personen, die tevoren niet in de bouw hadden gewerkt, bouwarbeiders zijn geworden. Deze vier zijn allen grondwerker geworden; twee van hen hadden vroeger graafwerk verricht, één was landarbeider en één heeft op een conservenfabriek gewerkt. Allen waren ouder dan 50 jaar. Het is aan te nemen, dat zij, gezien de vele variaties in het grondwerk, in de lichtere vormen hiervan werkzaam konden blijven.
Van de bouwarbeiders, die ander werk zijn gaan doen, werd een opperman opgeleid tot elektrisch lasser; een opperman werd geplaatst als benzine-pompbediende bij een garagebedrijf; een timmerman kon als incasseerder bij zijn vroegere werkgever terugkomen, terwijl een stukadoor in een kantoorfunctie kon worden geplaatst. Vijf bouwarbeiders werden in ongeschoolde fabrieksarbeid opgenomen.
Van deze groep bouwvakarbeiders kwamen 35 personen in beschutte

arbeid, terwijl er 36 niet meer aan het arbeidsproces hebben deel gehad. Van 16 personen is het arbeidsbeloop onbekend.
Van de 50 metaalbewerkers zijn er zeven in de metaalindustrie werkzaam gebleven. Een elektromonteur, een loodgieter en een fabrieksarbeider konden hun vroegere werk weer opnemen, de beide eersten na ongeveer een jaar in een sociale werkplaats te hebben gewerkt. In de andere gevallen blijkt het weer opgenomen werk duidelijk lichter te zijn dan het vroegere werk: een metaalsjouwer werd geplaats als galvaniseur, een ijzerwerker werd bromfietsmonteur, een polijster werd geplaatst in het onderhoud van auto's, terwijl een draaier werd opgeleid en daarna geplaatst als precisiebankwerker. Slechts drie personen, afkomstig uit andere beroepen, werden als metaalbewerker geplaatst, nl. een magazijnbediende in een elektro-motorenfabriek, een ongeschoold arbeider werd in een smederij geplaatst voor het onderhoud van gereedschappen en een opperman werd opgeleid tot elektrisch lasser. Onder de beroepen die door vroegere metaalbewerkers zijn uitgeoefend is aangegeven: magazijnbediende, bloemenhandelaar, kantoorbediende. In verschillende gevallen is het nieuwe werk door de betrokkene zelf gevonden, in de andere is de bemiddeling door de bijzondere bemiddeling van het arbeidsbureau geschied.
Tien metaalbewerkers werden in beschutte arbeid geplaatst, 19 namen niet meer deel aan het arbeidsproces, terwijl van zeven het arbeidsbeloop niet bekend is.

Onder deze groep hartpatiënten bevinden zich 21 personen, die uit de landbouw afkomstig zijn. Drie bleven werkzaam in hun eigen beroep, één van hen heeft anderhalf jaar in beschutte arbeid gewerkt. Eén landarbeider werd als grondwerker geplaatst. Acht personen werden in beschutte arbeid geplaatst, zes namen niet meer aan het arbeidsproces deel, terwijl van drie het arbeidsbeloop niet bekend is. Slechts twee personen vonden werk in de landbouwsector: één heeft in beschutte arbeid gewerkt, de andere was fabrieksarbeider. Beide plaatsingen als grondwerker werden door de betrokkene zelf gevonden.

Onder deze categorie van hartpatiënten bevinden zich 35 personen van het hotel- en verkeerspersoneel. Vijf personen (2 kellners en 3 chauffeurs) hebben hun oude werk zelf weer opgenomen; zes anderen werden door de arbeidsbureaus geplaatst in andere passende arbeid, drie in administratief werk, twee als fabrieksarbeider, terwijl een transportarbeider tot metselaar werd opgeleid. Zes personen, die vroeger ander werk hadden gedaan, werden in deze beroepsgroep geplaatst. Twee werden door de bijzondere bemiddeling geplaatst als benzinepompbediende, één als portier en één als loopknecht. Twee fabrieksarbeiders vonden zelf werk als loopknecht en controleur. Vijftien personen uit deze beroepsgroep werden blijvend in beschutte arbeid geplaatst, zes namen niet meer deel aan het arbeidsproces en van drie zijn geen gegevens beschikbaar.

Van de 12 personen uit de groep van administratief en sociaal personeel zijn er zes in hetzelfde beroep werkzaam gebleven. Voorts is één als vertegenwoordiger gaan werken, één is in beschutte arbeid geplaatst en drie personen waren niet meer arbeidsgeschikt.
Negen personen, afkomstig uit andere beroepen konden in verschillende vormen van administratief en sociaal werk een arbeidsplaats vinden. Zo werd bv. een brigadier van politie belast met administratieve werkzaamheden bij een vereniging voor kinderbescherming en een chauffeur kwam in administratief werk in een garagebedrijf.

De groep der losse arbeiders vormt met 89 gevallen een der grootste groepen van deze gekeurden. Twaalf van hen zijn in hetzelfde werk gebleven. Van de zeven personen, die ander werk hebben opgenomen, hebben vier dit zelf gevonden, terwijl drie door de bijzondere bemiddeling werden geplaatst; twee in de metaalindustrie en één als wever. Tien personen zijn als los arbeider of als magazijnbediende geplaatst; zij hadden tevoren in andere werkzaamheden gewerkt, nl. in de bouw (5), in de metaalindustrie (3) en als chauffeur(2).

Uit de gegevens over plaatsingen van lijders aan arteriosclerotische aandoeningen van het hart blijkt, dat ruim 20% der gevallen in normale arbeid geplaatst of gehandhaafd kon worden. Het blijkt ook dat in vele gevallen de nieuwe werkzaamheden een geringere lichamelijke inspanning eisten dan het werk dat de betrokkenen hebben gedaan vóór zij ziek werden.
Met betrekking tot de leeftijd van de gekeurden kan worden opgemerkt, dat er ondanks de combinatie van deze aandoening met de gevorderde leeftijd voor personen van 50 - 60 jaar toch nog steeds redelijke plaatsingskansen in passend werk in het normale bedrijfsleven bestaan; en dat daarnaast voor velen een goede oplossing kon worden gevonden in plaatsing in beschutte arbeid. Binnen verschillende beroepsgroepen, zoals de bouw, de landbouw en de ongeschoolde beroepen zijn de variaties van vereiste lichamelijke inspanning groot en blijken talrijke kansen te bestaan voor passende arbeid voor de personen, die aan de hieromschreven aandoeningen hebben geleden. Het blijkt dan dat er toch mogelijkheden zijn voor plaatsing in eenvoudige werkzaamheden van personen, die vroeger zwaardere lichamelijke arbeid hebben verricht en door hun leeftijd en door geringere intellectuele capaciteiten niet in aanmerking konden komen voor een opleiding tot een hoger gekwalificeerde werkkring. Personen boven 60 jaar laten zich duidelijk minder voor arbeidsbemiddeling inschrijven; een deel van hen is slechts plaatsbaar in beschutte arbeid, terwijl een belangrijk deel van hen blijkt niet meer bemiddelbaar te zijn.

MYODEGENERATIO CORDIS

Onder deze diagnose zijn 144 personen na de keuring bij het arbeidsbureau ingeschreven. Men mag aannemen dat de patiënten, bij wie myodegeneratio cordis als een klinische diagnose werd gesteld, behoorden tot degenen bij wie een verminderde hartfunctie bestond, zonder dat hierbij duidelijke afwijkingen aan het hart konden worden waargenomen, en bij wie de anamnese geen aanwijzingen bevatte omtrent een doorgemaakt hartinfarct of omtrent aanvallen van angina pectoris. Niettemin rijst de vraag of de onderbrenging in een aparte diagnosegroep - zoals nog in de I. C. D. geschiedt - juist is, en of deze gevallen niet voor het grootste deel berusten op arteriosclerose van het hart. Door het niet herkennen van een waarschijnlijk opgetreden hartinfarct hebben deze patiënten hun dagelijkse arbeid voortgezet tot functie-beperkingen hen dwongen deze arbeid op te geven. Dit kan de verklaring zijn van het feit, dat de leeftijdsverdeling van de patiënten, bij wie de diagnose myodegeneratio cordis werd gesteld, nog meer naar de hoogste leeftijdsgroepen is verschoven, dan bij de andere ziekten van het circulatie-apparaat het geval is. Uit tabel 19 op blz. 67 blijkt dat 124 gevallen, of 86% der patiënten ouder is dan 50 jaar. Tabel 23 geeft een overzicht van de verdeling naar leeftijden en het arbeidsbeloop.

Tabel 23

Myodegeneratio cordis
Verdeling naar leeftijdsklassen en arbeidsbeloop
mannen

leeftijds-klassen	werkt in normale bedrijfsleven	werkt in beschutte arbeid	inschrijving niet verlengd	niet bekend	totaal	%
jonger dan 40 jaar	2	1	-	-	3	2.1
40-44 jaar	2	4	1	1	8	5.5
45-49 jaar	3	4	2	-	9	6.3
50-54 jaar	1	12	11	2	26	18.0
55-59 jaar	6	26	14	5	51	35.4
60-64 jaar	1	13	25	8	47	32.7
	15	60	53	16	144	
%	10.4	41.7	36.8	11.1		100

Plaatsing in normale arbeid.

Uit vorenstaande gegevens blijkt dat slechts een zeer klein deel van de personen, die aan myodegeneratio cordis lijden na de keuring nog in het vrije bedrijf hebben gewerkt. Van de 15 personen, die nog hebben gewerkt werden er 9 door het arbeidsbureau bemiddeld; 6 in hun oude beroep en 3 in een ander; zes personen vonden zelf werk, allen in het beroep dat zij tevoren hadden uitgeoefend.

Plaatsing in beschutte arbeid.

Zestig personen of ruim 40% werkte aan het eind van de periode van waarneming in beschutte arbeid. Tijdens deze periode hebben 18 personen de beschutte arbeid, waarin zij tewerk waren gesteld, verlaten, en wel om de volgende redenen: niet meer arbeidsgeschikt 3, 65 jaar geworden 5, wensten geen plaatsing in beschutte arbeid meer 2, en 8 personen zijn overleden.
Elf personen werkten reeds in beschutte arbeid en werden onderzocht op de mogelijkheid van plaatsing in normale arbeid. Geen van deze personen bleek geschikt voor werk onder normale arbeidsverhoudingen.

Niet meer ingeschreven.

Van de 53 personen, die aan het eind van de waarnemingsperiode niet meer bij een arbeidsbureau waren ingeschreven waren er 18 geheel arbeidsongeschikt. Zij behoren tot de leeftijdsgroepen 50-54 jaar (8), 55-59 jaar (2) en 60 jaar en ouder (8). Van deze 18 personen hebben drie in beschutte arbeid gewerkt.
Negen personen zijn 65 jaar geworden; vijf van hen hadden nog in beschutte arbeid gewerkt, de andere vier hadden niet meer gewerkt. Elf personen wensten geen bemiddeling meer door het arbeidsbureau. Twee van hen waren tussen 50 en 54 jaar, zes tussen 55 en 59 jaar en drie waren 60 jaar of ouder. Van een aantal van dit groepje is bekend dat zij van een invaliditeitsrente of andere sociale uitkering konden leven. Dit mag van de meeste van deze gevallen aannemelijk worden geacht. Vijftien

personen zijn in de periode van waarneming overleden.

Verdeling naar beroepen.

Van de lijders aan myodegeneratio cordis behoort de grootste groep tot de bouwvakarbeiders; dan volgt de categorie van losse arbeiders, terwijl de arbeiders uit de metaalindustrie, de landbouw en de horeca- en verkeersberoepen ongeveer gelijk vertegenwoordigd zijn.
Tabel 24 geeft een overzicht van de beroepen, waaruit de 144 personen van deze diagnosegroep afkomstig zijn, met een overzicht van hun arbeidsbeloop.

Tabel 24

Myodegeneratio cordis
Verdeling naar beroepen
mannen

	oorspronkelijke beroepsgroep	deze zijn geplaatst in: dezelfde beroepsgroep	andere beroepsgroep	beschutte arbeid	niet meer arbeidsgeschikt	ouder dan 65 jaar	wenst geen bemiddeling	overleden	onbekend
bouwvakarbeiders	38	4	-	17	4	3	3	3	4
metaalbewerkers	12	1	1	5	1	-	-	3	1
landbouwpersoneel	12	1	-	4	2	1	2	1	1
hotel- en verkeerspersoneel	14	1	-	1	2	1	1	3	5
losse arbeiders	25	1	4	10	4	1	2	1	2
overige beroepen	32	1	1	14	5	2	3	3	3
beschutte arbeid	11	-	-	9	-	1	-	1	-
	144	9	6	60	18	9	11	15	16

Het aantal bouwvakarbeiders is met 30 personen ruim een vierde van het aantal personen; 18 waren grondwerkers, 3 timmerlieden, 3 opperlieden, 2 metselaars, 3 stukadoors, 2 schilders, 2 straatmakers en 5 behoorden tot andere beroepen in de bouw. Hoewel het aantal klein is, geven deze cijfers de indruk, dat er meer personen uit de weinig geschoolde beroepen afkomstig zijn, zoals grondwerker of opperman, die in het algemeen een zware lichamelijke inspanning vragen, dan uit de hoger geschoolde beroepen, zoals timmerman, metselaar of schilder.
De 12 metaalbewerkers behoren tot uiteenlopende beroepen in de metaalindustrie. Een frequent optreden van personen die zeer zware arbeid hebben verricht valt hier niet waar te nemen.
De 12 personen, die in de landbouw hebben gewerkt behoren op een enkele uitzondering na, tot verschillende categoriën van landarbeiders.

Het ligt voor de hand dat zij lange tijd zware lichamelijke arbeid hebben verricht.
Uit de hotel- en verkeerssector behoren vijf personen tot verschillende functies in het hotelbedrijf; de negen anderen werkten in transportbedrijven, waarvan drie als chauffeur.
De losse arbeiders waren in 15 gevallen fabrieksarbeider; er waren 4 magazijnbedienden en de 6 overige gevallen hadden bewakingsfuncties bekleed of portiersdiensten verricht.

Evenals bij de arteriosclerose van het hart is opgemerkt, geldt ook voor de myodegeneratio cordis, dat de geschiktheid voor het verrichten van normale arbeid bij toenemende ouderdom sterker wordt beperkt. Deze overeenkomst zou kunnen wijzen op een verwante aetiologie.
Het overzicht van de beroepen die de patienten hebben uitgeoefend geeft de indruk dat de meesten langdurig zware lichamelijke arbeid hebben verricht. Slechts een zeer klein deel van de lijders aan deze hartaandoening was in staat normale arbeid voort te zetten. Uit dit kleine aantal valt niet op te maken of beroepsverandering de voorkeur heeft gehad boven voortzetting van vroegere werkzaamheden.
Daar toch nog 40% van deze groep in beschutte arbeid een nuttig en waarschijnlijk gelukkig bestaan heeft gevonden, moet deze mogelijkheid voor de ingeschrevenen goed worden onderzocht alvorens men tot volledige arbeidsongeschiktheid besluit en de betrokkenen als niet-bemiddelbaar afvoert.

HYPERTENSIE.

Tot deze diagnosegroep worden de gevallen gerekend waarbij de diagnose gesteld is op één van de diagnoses van de nummers 440 - 447 van de Nederlandse bewerking van de I. C. D., nl. de benigne en maligne en niet nader omschreven vormen van hypertensie, al of niet met de vermelding van een hartafwijking. Coronairsclerose en angina pectoris zijn hierbij niet opgenomen.
Tot deze groep behoren 417 personen, van wie er 369 in normale arbeid werkten; 48 personen hadden in beschutte arbeid gewerkt en werden op hun mogelijkheden voor normale arbeid onderzocht.
Na de keuring hebben 127 personen werk in het normale bedrijfsleven gevonden, terwijl 147 personen aan het eind van de waarnemingsperiode nog in beschutte arbeid werkzaam waren. Voorts hebben 102 personen hun inschrijving bij het arbeidsbureau niet verlengd; 37 daarvan waren niet meer arbeidsgeschikt, 18 waren 65 jaar geworden en 21 personen zijn overleden. Bovendien stelden 26 personen geen prijs op verdere bemoeienis van het arbeidsbureau en lieten hun inschrijving verlopen. Van 41 personen is het arbeidsbeloop onbekend.

Leeftijdsverdeling.

De leeftijdsverdeling van deze groep van gekeurden geeft in tabel 19 op blz. 67 aan, dat 15 personen (36%) jonger waren dan 25 jaar; 40 personen (9,6%) behoorden tot de leeftijdsgroep 25 - 39 jaar; 52 personen (12,5%) tot de groep van 40 - 49 jaar en 310 personen (74,3%) tot die van 50 - 64 jaar. Tabel 25 geeft een verdere onderverdeling in leeftijdsgroepen en het arbeidsbeloop per leeftijdsgroep.
Hypertensie komt, evenals de arteriosclerotische aandoeningen van het hart het meest voor in de hogere leeftijdsklassen; toch komt hypertensie ook reeds op jongere leeftijd voor en blijkt daar een beletsel voor arbeidsinpassing te vormen.

Tabel 25

Hypertensie
Verdeling naar leeftijdsklassen en arbeidsbeloop
mannen

leeftijdsklassen	werkt in normale bedrijfs-leven	werkt in beschutte arbeid	inschrijving niet verlengd	niet bekend	totaal	%
jonger dan 19 jr.	2	-	-	-	2	0.5
19 en 20 jaar	3	-	-	-	3	0.7
21-24 jaar	8	-	2	-	10	2.4
25-29 jaar	4	4	1	1	10	2.4
30-34 jaar	10	2	-	2	14	3.4
35-39 jaar	4	7	1	4	16	3.8
40-44 jaar	9	9	2	1	21	5.0
45-49 jaar	16	9	4	2	31	7.5
50-54 jaar	21	26	12	13	72	17.2
55-59 jaar	25	56	25	11	117	28.1
60-64 jaar	25	34	55	7	121	29.0
	127	147	102	41	417	
	30.7%	35.0%	24.5%	9.8%		100%

Tabel 26

Hypertensie
Plaatsingen in normale arbeid naar leeftijdsklassen
mannen

leeftijdsklassen	werk in oude beroep		werk in een ander beroep		totaal
	zelf gevonden	bemiddeld	zelf gevonden	bemiddeld	
jonger dan 19 jr	1	-	-	1	2
19 en 20 jaar	1	-	2	-	3
21 en 24 jaar	2	1	4	1	8
25-29 jaar	1	2	-	1	4
30-34 jaar	1	3	1	5	10
35-39 jaar	-	1	-	3	4
40-44 jaar	-	4	2	3	9
45-49 jaar	4	5	2	5	16
50-54 jaar	1	7	1	12	21
55-59 jaar	6	3	5	11	25
60-64 jaar	5	10	5	5	25
	22	36	22	47	127

Plaatsingen in normale arbeid.

Van de 417 personen met deze diagnose zijn 127 d. i. ruim 30% in normale arbeid geplaatst.
Van de personen beneden 25 jaar zijn van de 15 gekeurden 13 in normale arbeid gekomen. Tien vonden dit werk zelf, in drie gevallen bemiddelde het arbeidsbureau. De binding aan het uitgeoefende beroep blijkt hier niet sterk te zijn: 5 personen komen in hetzelfde of een aanverwant beroep, terwijl 8 naar andere beroepen gaan.
Bij de leeftijdsklasse 25 - 40 jaar werden 18 van de 40 gekeurden in normale arbeid geplaatst. Acht bleven in hun oude beroep en 10 veranderden van beroepsrichting. Het arbeidsbureau speelde een grote rol bij de plaatsingen; 15 werden bemiddeld en 3 vonden zelf werk. Bij de 52 personen uit de leeftijdsklasse 40 - 49 jaar kwamen er 25 weer in normale arbeid; 13 bleven in dezelfde beroepsgroep, 12 kwamen in een ander beroep. Acht personen vonden zelf werk, terwijl het arbeidsbureau in 17 gevallen bemiddelde. Ook bij deze beroepsgroep speelt dus de bemiddeling door het arbeidsbureau een overwegende rol.
In de leeftijdsklasse 50 - 64 jaar kwamen nog 71 plaatsingen in normale arbeid tot stand; hiervan waren 25 personen ouder dan 60 jaar. In 32 gevallen bleven de betrokkenen in hun eigen beroep, terwijl beroepsverandering in 39 gevallen plaats vond. In 23 gevallen hadden zij het werk zelf gevonden en in 48 gevallen bemiddelde het arbeidsbureau.
Over de arbeidsbemiddeling van personen met hypertensie kan worden opgemerkt, dat in de jongere leeftijdsgroepen (beneden 25 jaar) bijna iedereen in normale arbeid is geplaatst. Zij vonden het werk dat zij zijn gaan doen zelf. Boven 25 jaar wordt de werkzaamheid van de arbeidsbemiddeling bij de plaatsingen duidelijk waarneembaar. Van de gehele groep van 127 personen zijn er 83 door de arbeidsbureaus bemiddeld, tegen 44 gevallen waar de betrokkenen zelf werk hadden gevonden. De plaatsingen geschiedden in 58 gevallen in het oude of een aanverwant beroep en in 69 gevallen had beroepsverandering plaats. Deze gegevens leiden tot de conclusie, dat bij de lijders aan hypertensie de noodzaak voor beroepsverandering minder dringend is, maar dat daarentegen aan de bemiddelende functie van de arbeidsbureaus kennelijk behoefte bestaat. Deze behoefte bestaat bij alle leeftijdsklassen boven 25 jaar. Hierbij is de aard van de aandoening wellicht van betekenis.
De arteriosclerotische aandoeningen van het hart treden eerst bij oudere personen op en de prognose is meestal dubieus. Hypertensie daarentegen manifesteert zich in een niet onbelangrijk aantal gevallen op een leeftijd, waarop de betrokkene nog een belangrijk beroepsleven voor zich heeft. Ook al heeft hij weinig of geen klachten en is de anamnese verder negatief, dan ondervindt de betrokkene vaak moeilijkheden bij een aanstellingskeuring. Uit de plaatsingen van deze gekeurden mag worden afgeleid, dat de bemiddelende functie van het arbeidsbureau - door de keus van passende arbeid - tot bevredigende plaatsingen in het normale bedrijfsleven heeft geleid.
In nagenoeg alle leeftijdsgroepen komen plaatsingen voor in beroepen, die tot de middelzware arbeid moeten worden gerekend. Vele van de personen, die tot de groep van lijders aan hypertensie behoren, blijken tot redelijke arbeidsprestaties in staat te zijn. Bij deze diagnosegroep moet dus met een redelijke plaatsingskans in normale arbeid worden gerekend, ook voor de hogere leeftijdsgroepen; men mag niet te spoedig tot plaatsing in beschutte arbeid overgaan of de werkzoekenden als niet-bemiddelbaar beschouwen.

Plaatsing in beschutte arbeid.

Van de 417 personen, bij wie de diagnose hoge bloeddruk werd gesteld werkten 48 personen reeds in beschutte arbeid, toen zij werden gekeurd om hun geschiktheid voor normale arbeid te onderzoeken. Zes van hen werden in normale arbeid geplaatst. 27 personen hebben in de periode van waarneming de beschutte arbeid verlaten: 6 wegens arbeidsongeschiktheid, 3 zijn 65 jaar geworden, 9 wensten geen bemiddeling meer en hadden waarschijnlijk voldoende inkomen, 7 zijn overleden en van twee is de reden van vertrek niet bekend. Van de 13 personen beneden 40 jaar, die aan het eind van de periode van waarneming in beschutte arbeid werkten, waren er vier vóór de keuring reeds in beschutte arbeid en bleven daarin tewerkgesteld. Voor de hogere leeftijdsgroepen doet zich hetzelfde verschijnsel voor als bij de arteriosclerotische aandoeningen van het hart, nl. het sterk overwegen van de 55-59 jarigen en het afnemen van het aantal personen van ouder dan 60 jaar. Ook bij deze diagnose is het aan te nemen dat de personen uit de hoogste leeftijdsgroep moeilijk aan de eisen van regelmatige arbeid - zelfs van beschutte arbeid - kunnen voldoen. Dit blijkt ook uit de redenen waarom een deel der gekeurden hun inschrijving bij het arbeidsbureau liet verlopen. Van de 55 personen uit de groep 60-64 jaar - d.i. meer dan de helft van de niet-meer-ingeschrevenen - was deze reden in 20 gevallen volledige arbeidsongeschiktheid, 18 personen waren 65 jaar geworden, 6 zijn overleden en 11 stelden geen prijs op verdere bemoeienis van het arbeidsbureau. Het mag worden aangenomen dat zij voldoende inkomsten hadden en niet meer regelmatig hebben gewerkt.
Evenals bij de arteriosclerotische hartaandoeningen zijn de meeste plaatsingen geschied in overeenstemming met het gegeven medisch advies. In 40 gevallen was de plaatsing in beschutte arbeid niet in het medisch advies aangegeven; 26 van hen waren ouder dan 50 jaar, waardoor de plaatsingsmogelijkheden werden beperkt. Het is derhalve aan te nemen, dat bij deze personen onvoldoende sociale aanpassing de reden was dat plaatsing in normale arbeid niet kon worden verkregen en niet de lichamelijke ongeschiktheid.

Verdeling naar beroepen.

Ook bij personen, bij wie hypertensie is gediagnosticeerd, blijken de bouwnijverheid, de metaalindustrie, de landbouw, de beroepen in de horeca- en verkeerssector, de administratieve en sociale beroepen en de ongeschoolde arbeid de meest voorkomende beroepen te zijn. Van de 417 personen, die tot deze diagnosegroep behoren, hebben 127 opnieuw werk in normale arbeid gevonden, 147 zijn in beschutte arbeid geplaatst, 102 zijn niet meer ingeschreven en van 41 personen is het arbeidsbeloop niet bekend. Tabel 27 geeft een overzicht van het beroepsleven van deze groep.
Van de gekeurden oefenden 92 een beroep als bouwvakarbeider uit. Zij vormden ruim 22% van deze diagnosegroep. Veertien personen zijn in de bouw werkzaam gebleven; ook zijn er 14 in andere beroepen gaan werken. Van deze 92 personen zijn er veertig in beschutte arbeid geplaatst; hiervan hebben zeven personen deze arbeid om verschillende redenen verlaten gedurende de periode van waarneming. Twintig bouwvakarbeiders hebben niet meer aan het arbeidsproces deelgenomen en van elf is het arbeidsbeloop niet bekend. Zeven personen, die tevoren tot andere beroepen behoorden, zijn in de bouw gaan werken. Eén werkt als opperman, één als betontimmerman, één als straatmaker en vier als grondwerker. Vier van hen hadden in de metaalindustrie gewerkt als metaalsjouwer en andere ongeschoolde arbeid verricht, één was

Tabel 27

Hypertensie
Verdeling naar beroepen
mannen

	oorspronkelijke beroepsgroep	deze zijn geplaatst in: dezelfde beroepsgroep	andere beroepsgroep	beschutte arbeid	niet meer arbeidsgeschikt	ouder dan 65 jaar	wenst geen bemiddeling	overleden	onbekend	totaal geplaatst als:
bouwvakarbeiders	92	14	14	33	5	5	5	5	11	21
metaalbewerkers	32	12	5	5	2	-	1	3	4	23
landbouwpersoneel	43	9	6	13	4	3	4	2	2	15
hotel- en verkeers-personeel	24	-	11	5	1	3	-	1	3	1
administratief- en sociaal personeel	14	3	1	3	3	1	-	1	2	8
losse arbeiders	84	16	8	27	8	2	9	3	11	38
overige beroepen	80	5	17	27	13	3	6	2	7	21
beschutte arbeid	48	-	6	34	1	1	2	3	1	-
	417	59	68	147	37	18	27	20	41	127

chauffeur en twee waren losse arbeiders. Al deze zeven personen waren jonger dan 45 jaar.
Van deze diagnosegroep hebben 32 personen als metaalbewerker gewerkt; van hen zijn er twaalf in deze tak van industrie werkzaam gebleven, negen in hetzelfde beroep. Hierbij komen zelfs de zwaardere beroepen als classificeerder en constructiebankwerker voor. Anderen hebben duidelijk lichtere arbeid gevonden. Een niet-gespecialiseerde machinaal metaalbewerker werd in een centrum voor vakopleiding tot machinebankwerker opgeleid.
Zes metaalbewerkers hebben het werk dat zij zijn gaan doen zelf gevonden. Eén ijzerwerker ging werken als classificeerder, één metaalbewerker (buiger) ging in een betonwarenbedrijf werken en vier zijn in de bouw gaan werken. Bij deze beroepen is zeker geen verschil in lichamelijke inspanning waar te nemen in vergelijking met de vroeger uitgeoefende beroepen.
Zes personen werden in beschutte arbeid geplaatst; één van hen verliet de sociale werkplaats uit eigen beweging. Zes personen hebben niet meer gewerkt en van vier is het arbeidsbeloop niet bekend.
Elf personen die in andere beroepen hebben gewerkt, vonden een arbeidsplaats in de metaalindustrie, meest als ongeschoold los arbeider. Een slagersknecht werd opgeleid tot lasser. Al deze bemiddelingen vonden plaats door het arbeidsbureau, behalve één geval van een ongeschoold arbeider, die zelf als ijzerwerker arbeid vond. Deze elf personen waren uit de volgende beroepen afkomstig: bouw (1), textielindustrie (1), levensmiddelenbedrijf (1), landbouw (2), hotel- en verkeer (2), onge-

schoolde fabrieksarbeid (2), terwijl 2 personen in beschutte arbeid hadden gewerkt.
Onder de lijders aan hypertensie bevonden zich 43 personen uit de landbouw. Twaalf van hen zijn opnieuw landarbeid gaan doen; drie hebben dit niet kunnen volhouden en hebben niet meer in normale arbeid gewerkt. Vijf personen uit de landbouw hebben ander werk gevonden, twee als ongeschoolden in de metaalindustrie, twee in niet nader opgegeven fabrieksarbeid, terwijl één als loopknecht werk vond. Vijftien personen zijn in beschutte arbeid gaan werken; één van hen heeft dit opgegeven wegens lichamelijke ongeschiktheid en een ander wegens het bereiken van de 65-jarige leeftijd. Van de overigen hebben 10 niet meer gewerkt en is van één het arbeidsbeloop niet bekend. Zes personen, die uit een andere beroepsgroep afkomstig zijn, hebben werk in de landbouw gevonden. Een grondwerker en drie ongeschoolden hebben werk als landarbeider gevonden. Een transportarbeider werd tractorbestuurder en een gekeurde, die in beschutte arbeid had gewerkt, is als tuinarbeider geplaatst.
Van de gekeurden uit deze diagnosegroep hebben 24 personen als hotel- en verkeerspersoneel gewerkt; vier als kellner of kok in het hotelbedrijf, twee behoorden tot scheepvaartpersoneel, tien waren transportarbeider en acht waren chauffeur. Geen van hen is in het oude beroep werkzaam gebleven. Elf personen hebben weer normale arbeid verricht in de bouw (1), in de metaalindustrie (2), in de landbouw (1), in de handel (2), in administratief werk (1) en in ongeschoolde fabrieksarbeid (4).
Vijf personen zijn in beschutte arbeid geplaatst, vijf zijn niet meer ingeschreven en van drie is het arbeidsbeloop niet bekend. Een landarbeider heeft zelf werk gevonden als hulp in een garage.
Van de lijders aan hypertensie behoren er 14 tot administratief en sociaal personeel. Drie zijn in hetzelfde werk gebleven; een kantoorbediende vond werk in een zuivelfabriek, terwijl drie personen in beschutte arbeid werden geplaatst. Vijf personen waren niet meer ingeschreven en van twee is het verdere beloop van hun arbeid niet bekend. Vijf personen zijn in administratief werk geplaatst. In drie gevallen betrof dit een gerepatrieerde, waarvan twee tijdelijk in beschutte arbeid hadden gewerkt. Voorts werden een autobewaker en een vertegenwoordiger in administratief werk geplaatst.
De losse arbeiders vormen een belangrijke groep van de lijders aan hypertensie. Zij zijn met 84 personen slechts weinig minder dan de bouwvakarbeiders. Tien van hen waren jonger dan 40 jaar, tien waren tussen 40 en 49 jaar en 64 waren 50 jaar of ouder. Van deze 84 zijn er slechts 18 in ongeschoolde fabrieksarbeid herplaatst en hebben twaalf ongeschoolde arbeid in andere beroepsgroepen verricht (metaalindustrie, landbouw). Van deze groep losse arbeiders zijn er 28 in beschutte arbeid tewerkgesteld; vier hebben deze tewerkstelling in de loop van de waarnemingsperiode verlaten. In 21 gevallen is de inschrijving bij het arbeidsbureau niet verlengd, terwijl van 12 personen het verdere arbeidsbeloop niet bekend is.
Drie personen, die bij de keuring in beschutte arbeid werkten, zijn in normale ongeschoolde arbeid geplaatst.

Zowel uit de statistische gegevens, als uit de aard der werkzaamheden, die de lijders aan hypertensie weer hebben verricht, blijkt, dat een belangrijk deel weer tot regelmatige arbeid in staat is geweest. Ongeveer de helft van hen is in het eigen of in een aanverwant beroep werkzaam gebleven. Zij hebben dit blijkbaar zonder verdere bezwaren kunnen volhouden. Met betrekking tot de plaatsingen in andere dan de vroeger uitgeoefende arbeid, moet worden opgemerkt, dat er een nauw verband is tussen ongeschoolde arbeid in bouw (grondwerk), landbouw en overige

ongeschoolde arbeid, zodat een deel der gevallen, die geregistreerd zijn als werkzaam in ander werk, in wezen nagenoeg gelijksoortige arbeid zijn blijven doen.

PERIFERE ARTERIËLE VAATZIEKTEN.

In dit gedeelte worden de ziekten behandeld, die als no. 453 in de I.C.D. zijn samengebracht en als perifere arteriële vaatziekten worden aangeduid. Voor de keurende arts is het diagnosticeren van deze aandoeningen vaak moeilijk; doch anamnestische gegevens helpen vaak om tot een onderbrengen in de juiste diagnosegroep te komen. Het verhaal van de patiënt is meestal typerend voor de aard van het doorgemaakte ziekteproces; hij noemt dit vaak "ontsteking van de bloedvaten". De symptomen, die het ontstaan van de aandoening hebben gekenmerkt worden in de regel vrij duidelijk door de patiënt weergegeven. Zij zijn kenmerkend voor een chronisch, progressief oblitererend vaatproces. De pijnklachten, die als ischemische pijnen kunnen worden geduid en het intermitterend hinken geven het volledige beeld van dysbasia, dat meestal zó duidelijk is, dat de patiënten dit typische ziektebeloop duidelijk weergeven, wanneer zij zich veel later bij het arbeidsbureau laten inschrijven.
Ook de aanduiding van de doorgemaakte therapie leidt de keuringsarts in vele gevallen naar de goede diagnose. De voortgezette behandeling met anticoagulantia wordt duidelijk uit de mededeling van de patiënt, dat hij onder controle van de bloedtransfusiedienst staat. In sommige gevallen heeft een chirurgische ingreep plaats gehad, die al naar de localisatie van de ingreep als locale vaatoperatie of als lumbale sympathectomie kan worden geduid. In zeer ernstige gevallen heeft een amputatie plaatsgehad. Deze patiënten zijn steeds bij een specialist onder behandeling; overleg met deze specialist geeft altijd opheldering omtrent de aard en de uitbreiding van de aandoening, zodat de keurende arts de juiste restricties ten aanzien van arbeidshandelingen en arbeidsomstandigheden aan de bemiddelaar kan geven.
Er zijn 127 patiënten onder deze diagnose geregistreerd. Na de keuring hebben 29 zich in normale arbeid kunnen handhaven; 50 personen werkten aan het eind van de waarnemingsperiode in beschutte arbeid; 31 hebben hun inschrijving bij het arbeidsbureau niet verlengd, in de meeste gevallen wegens volledige arbeidsongeschiktheid of ouderdom, en in 17 gevallen is het arbeidsbeloop niet bekend. Ook in deze gevallen mag worden verondersteld, gezien de leeftijd van deze personen, dat zij niet meer regelmatige arbeid hebben verricht.

Amputaties.

Bij negen patiënten is een amputatie van een der benen verricht.

1. Een huisschilder van 32 jaar onderging een amputatie van een onderbeen. Hij werkt sindsdien in beschutte arbeid.
2. Een benzinepompbediende van 39 jaar werd het R. been boven de knie geamputeerd. Hij had bovendien een teenamputatie en een vaatoperatie aan het andere been ondergaan. Hij heeft niet meer gewerkt, wenste geen beschutte arbeid en leeft van een invaliditeitsrente.
3. Bij een breier van 45 jaar werd een bovenbeen geamputeerd. Hij heeft sindsdien in beschutte arbeid gewerkt.
4. Een 46-jarige timmerman onderging een onderbeenamputatie. Hij werkt als calculator in een bouwbedrijf.
5. en 6. Er waren twee grondwerkers van 51 jaar, waarvan de één een onderbeenamputatie en de ander een bovenbeenamputatie onderging. Van de eerste is het arbeidsbeloop niet bekend, de andere werkt in beschutte arbeid.

7. Een 57-jarige fabrieksarbeider onderging een onderbeenamputatie. Het arbeidsbeloop is niet bekend.
8. Een winkelbediende van 58 jaar heeft een onderbeenamputatie ondergaan. Hij werkt voor eigen rekening in een textielzaak en heeft daarbij een depot van een chemische wasserij.
9. Een chocolatier van boven 60 jaar onderging eveneens een onderbeenamputatie. Hij werkt sindsdien in beschutte arbeid.

De meeste van deze ernstige gevallen blijken niet meer geschikt voor arbeid onder normale omstandigheden en konden in beschutte arbeid worden geplaatst. Bij deze plaatsingen speelt veelal het vervoer van en naar de werkplaats een belangrijke rol in het hervatten van arbeid.

Leeftijdsverdeling.

Bij deze diagnosegroep is een duidelijk overwegen van de hogere leeftijdsklassen: 93 personen, of ruim 73% is ouder dan 50 jaar; hierbij blijkt de leeftijdsgroep van 55 tot 60 jaar de grootste te zijn. (zie tabel 19 op blz. 67). Het afnemen van het aantal ingeschreven werkzoekenden in de leeftijdsgroep van 60 tot 64 jaar moet ook voor deze patiënten worden toegeschreven aan het feit dat volledige arbeidsongeschiktheid in vele gevallen zo evident is, dat inschrijving bij een arbeidsbureau niet meer kon worden verlangd.
Tabel 28 geeft een overzicht van de geënqueteerde gevallen naar leeftijdsindeling en arbeidsbeloop.

Tabel 28

Perifere arteriële vaatziekten
Verdeling naar leeftijdsklassen en arbeidsbeloop

leeftijds-klassen	werkt in normale bedrijfs-leven	werkt in beschutte arbeid	inschrijving niet verlengd	niet bekend	totaal	%
30-34 jaar	4	1	-	2	7	5.5
35-39 jaar	5	3	1	1	10	7.9
40-44 jaar	1	-	2	-	3	2.4
45-49 jaar	3	5	3	3	14	11.0
50-54 jaar	5	11	3	4	23	18.1
55-59 jaar	7	19	9	2	37	29.1
60-64 jaar	4	11	13	5	33	26.0
	29	50	31	17	127	
	22.8%	39.4%	24.4%	13.4%		100%

Plaatsing in normale arbeid.

Van de 29 gevallen, die weer in normale arbeid hebben gewerkt, hebben 14 dit werk zelf gevonden en zijn 15 door het arbeidsbureau bemiddeld. Bij degenen die zelf werk vonden overheerst de terugkeer naar het oude beroep. De bemiddeling door het arbeidsbureau leidde in de meeste gevallen tot beroepsverandering. Hierbij valt een aantal plaatsingen in lichtere werkzaamheden in de metaalindustrie op. Ook de andere plaatsingen zijn geschied naar hoofdzakelijk zittend werk.

Plaatsing in beschutte arbeid.

Van de 93 personen met deze diagnose hebben 61 in beschutte arbeid gewerkt, elf hebben deze gedurende de periode van waarneming opgegeven, zodat 50 personen in beschutte arbeid zijn gebleven. Van deze elf waren er drie niet meer arbeidsgeschikt, drie zijn 65 jaar geworden, drie zijn overleden en twee wensten geen bemiddeling meer. Van deze 61 personen hebben er zeven in beschutte arbeid gewerkt, toen zij werden gekeurd met het oog op hun mogelijke inpassing in normale arbeid. Geen van hen kon in normale arbeid worden geplaatst.

Niet meer ingeschreven.

Aan het eind van de waarnemingsperiode waren 31 personen, d. i. bijna 25%, niet meer ingeschreven. Hiervan waren er 14 volledig arbeidsongeschikt geworden, 6 zijn 65 jaar geworden, 4 zijn overleden en 7 wensten geen verdere bemoeienis van het arbeidsbureau. In enkele gevallen was bekend dat zij geen regelmatige arbeid meer wensten te doen en van een uitkering konden leven.

Tabel 29

Perifere arteriële vaatziekten
Verdeling naar beroepen
mannen

	oorspronkelijke beroepsgroep	geplaatst in: hetzelfde beroep	een ander beroep	beschutte arbeid	niet meer ingeschreven	onbekend	totaal geplaatst als:
bouwvakarbeiders	28	5	3	9	7	4	5
metaalbewerkers	12	1	-	5	4	2	6
landbouwpersoneel	16	3	2	6	3	2	3
hotel- en verkeerspersoneel	12	3	2	6	1	-	3
administratief- en sociaal personeel	3	-	1	2	-	-	1
losse arbeiders	20	3	2	2	8	5	7
andere beroepen	29	2	2	15	6	4	4
beschutte arbeid	7	-	-	5	2	-	50
	127	17	12	50	31	17	79

Verdeling naar beroepen.

Ook bij deze diagnosegroep blijkt het grootste aantal personen uit de bouw en uit de ongeschoolde arbeid afkomstig te zijn. Juist deze beroepen, die in het algemeen zware lichamelijke inspanning eisen en bijna uitsluitend staand en lopend werk bevatten blijken voor deze patiënten ongeschikt te

zijn. Het aantal dat in normale arbeid gehandhaafd blijft is klein, vooral in deze zware beroepen.
Bij de 28 bouwvakarbeiders bevinden zich negen grondwerkers; zes zijn in beschutte arbeid gekomen en drie waren verder arbeidsongeschikt. Van de zes opperlieden zijn er vier in beschutte arbeid gaan werken, één heeft zittend montagewerk op een metaalwarenfabriek gekregen en van één zijn geen nadere gegevens bekend. Van de vier timmerlieden is er één in zijn eigen werk gebleven; één werd geplaatst als tekenaar en één als bouwcalculator. Deze beiden waren 34 resp. 46 jaar. Een oudere timmerman, die tevens aan arteriosclerosis van het hart lijdt, is als magazijnbediende geplaatst. Van vier huisschilders is er geen in het beroep gebleven; zij hebben niet meer regelmatig gewerkt. Onder de gekeurden uit andere beroepsgroepen zijn er geen, die in de bouw zijn gaan werken.
De 12 gekeurde metaalbewerkers zijn uit uiteenlopende beroepen in de metaalindustrie afkomstig. Een automonteur heeft enige tijd als fijnbankwerker gewerkt, maar is later thuiswerk gaan doen, waarschijnlijk als beschutte arbeid.
Van de overigen zijn er vijf in beschutte arbeid gekomen, drie zijn arbeidsongeschikt en van drie is het verdere beloop niet bekend. Vier personen, die uit andere beroepen afkomstig zijn, zijn in lichtere werkzaamheden in de metaalindustrie geplaatst.
De 16 personen van het landbouwpersoneel hebben alle in enige vorm van land- en tuinarbeid gewerkt. Vier hebben zelf weer soortgelijk werk opgenomen, één is door het arbeidsbureau in eenvoudige arbeid in de metaalindustrie geplaatst.
Zes landarbeiders zijn in beschutte arbeid geplaatst en drie waren niet meer arbeidsgeschikt. Uit dit verloop blijkt wel, dat deze arbeid weinig mogelijkheden biedt voor de lijders aan deze aandoeningen.
Van het hotel- en verkeerspersoneel hebben drie personen in de horeca-sector gewerkt, twee kellners en een huisknecht. Eén kellner is als kellner blijven werken, de andere twee zijn in beschutte arbeid geplaatst. In de verkeerssector waren vijf transportarbeiders, twee chauffeurs, een loopknecht en een kraanmachinist. De twee chauffeurs zijn hun werk blijven doen, één transportarbeider is machinaal metaalbewerker geworden en de overigen zijn in beschutte arbeid geplaatst.
Van de 20 losse arbeiders zijn er vijf in normale arbeid gebleven, drie als magazijnbediende, twee als metaalbewerker. Vier zijn in beschutte arbeid geplaatst, vier zijn wegens ziekte of ouderdom niet meer ingeschreven en van zeven is niet bekend of zij nog hebben gewerkt. Gezien de hoge leeftijdsgroepen waartoe zij behoorden is dit niet waarschijnlijk.
De perifere arteriële vaatziekten vormen door hun progressief karakter een ernstige bedreiging voor de gezondheidstoestand van deze patiënten. Het ligt voor de hand dat hun arbeidsvermogen er evenzeer door wordt beperkt. Zelfs in de lichtere vormen van dysbasia maken de intermitterend optredende klachten bepaalde vormen van arbeid onmogelijk. Dit is meestal zware lichamelijke inspanning, doch ook langdurig staan en lopen wordt niet verdragen. Ook werkt arbeid in ongunstige arbeidsomstandigheden verergering van de bestaande toestand in de hand, zodat werk in koude, natte en vochtige omstandigheden moet worden vermeden. Deze beperkingen zijn door de bemiddelingsambtenaren in de regel goed in acht genomen. Door het progressieve karakter van de aandoening, waardoor een herhaald ziekteverzuim kan voorkomen, is de plaatsing in normale arbeid vaak moeilijk en moet men zijn toevlucht zoeken in de plaatsing in beschutte arbeid.

VARICOSIS VAN DE ONDERSTE LEDEMATEN.

Varicosis van de onderste ledematen moge een aandoening zijn die het leven niet bedreigt, het is wel een afwijking, die door de patiënt als zeer hinderlijk kan worden ondervonden en aan zijn beroepsactiviteiten duidelijke beperkingen kan opleggen. Onder de groep personen, die in dit onderzoek tot de lijders aan hart- en vaatziekten worden gerekend, zijn er 128, bij wie de diagnose op varicosis van de onderste ledematen moest worden gesteld.
In 38 gevallen bestond bovendien een andere aandoening. Deze complicerende aandoeningen zijn over haast alle diagnosegroepen verspreid; de meest voorkomende combinaties zijn die met de chronische aandoeningen van de ademhalingsorganen (bronchitis en emphyseem) en met reumatische en andere aandoeningen van het bewegingsapparaat. Doch ook bij deze combinaties speelt de varicosis een belangrijke rol als oorzaak van invaliditeit en wordt ook door deze aandoening beperkingen aan beroepshandelingen opgelegd. Hoewel voor een aantal patiënten op grond van de complicerende aandoening reeds aanwijzingen bestaan, dat de patiënt niet in staat kan worden geacht belangrijke lichamelijke inspanning te verrichten, de varicosis geeft daarnaast duidelijk beperkingen in langdurig staan en lopen.

Leeftijdsverdeling.

De varicosis van de onderste ledematen treedt het meest op in de hogere leeftijdsklassen, maar komt ook op jeugdiger leeftijd voor. De verdeling van de hier te bespreken groep bestaat uit 28 personen, (22%) van jonger dan 40 jaar, 34 personen (27%) tussen 40 en 50 jaar en 64 personen (61%) zijn 50 jaar en ouder. Tabel 30 geeft een overzicht van de verdere verdeling in leeftijdsgroepen en het arbeidsbeloop der onderzochte gevallen.

Tabel 30

Varicosis van de onderste ledematen
Verdeling naar leeftijdsklassen en arbeidsbeloop
mannen

leeftijds-klassen	werkt in normale bedrijfs-leven	werkt in beschutte arbeid	inschrijving niet verlengd	niet bekend	totaal	%
21-24 jaar	4	-	1	1	6	4.7
25-29 jaar	5	1	1	-	7	5.5
30-34 jaar	4	1	-	1	6	4.7
35-39 jaar	6	3	-	-	9	7.0
40-44 jaar	6	2	1	-	9	7.0
45-49 jaar	14	5	2	4	25	19.5
50-54 jaar	6	9	1	2	18	14.0
55-59 jaar	6	7	4	3	20	15.7
60-64 jaar	6	12	8	2	28	21.9
	57	40	18	13	128	
	44.5%	31.3%	14.1%	10.1%		100%

Tabel 31

Varicosis van de onderste ledematen
Plaatsingen in normale arbeid naar leeftijdsklassen
mannen

leeftijds-klassen	werkt in oude beroep		werkt in een ander beroep		totaal
	zelf gevonden	bemiddeld	zelf gevonden	bemiddeld	
21-24 jaar	3	-	1	-	4
25-29 jaar	2	1	-	2	5
30-34 jaar	1	1	-	2	4
35-39 jaar	-	1	2	3	6
40-44 jaar	2	1	2	1	6
45-49 jaar	1	3	3	7	14
50-54 jaar	3	-	1	2	6
55-59 jaar	1	3	1	1	6
60-64 jaar	2	1	1	2	6
	15	11	11	20	57

Plaatsing in normale arbeid.

Bij de personen, die jonger zijn dan 40 jaar zijn er negen in hetzelfde of in een aanverwant beroep werkzaam gebleven. Zes vonden dit werk zelf, terwijl drie door het arbeidsbureau werden bemiddeld.
Van de 10 personen, die beroepsverandering nodig hadden hebben drie dit zelf gevonden; in zeven gevallen geschiedde de plaatsing door het arbeidsbureau.
Bij de leeftijdsgroep 40 - 49 jaar is eenzelfde beeld te zien. Bij de herbemiddeling naar het vroeger uitgeoefende beroep is weinig verschil te zien tussen het resultaat van zelf zoeken en bemiddeling door het arbeidsbureau. Bij bemiddeling naar andere beroepen overweegt de bemiddeling door het arbeidsbureau.
In de leeftijdsklasse van 50 jaar en ouder is het aantal plaatsingen in normale arbeid relatief klein: van de 64 personen van deze leeftijd zijn er 18 in normale arbeid geplaatst. Voor deze leeftijd keerden zij die zelf werk hadden gevonden terug naar het vroegere beroep, terwijl beroepsverandering door het arbeidsbureau tot stand kwam.
Voor al deze gevallen geldt dus, dat de herplaatsing in het beroep dat de betrokkene heeft uitgeoefend veelal zelfstandig lukt.
Het is niet bekend hoeveel herplaatsingen hiervan bij de oude werkgever plaatsvinden. Bij beroepsverandering wordt het voor de individuele werkzoekende moeilijker om passend werk te vinden; een derde slaagt hierin, terwijl twee derde de bemiddeling van het arbeidsbureau bleek nodig te hebben.

Plaatsing in beschutte arbeid.

Van de 40 personen, die aan het eind van de periode van waarneming nog in beschutte arbeid werkten, waren er 28 ouder dan 50 jaar.
Er is vooral een toeneming van plaatsing in beschutte arbeid van personen van 60 jaar en ouder. Drie personen, die in beschutte arbeid werk-

ten hebben deze tijdens de periode van waarneming verlaten. Twee van hen zijn 65 jaar geworden en één is overleden.
Elf personen werkten in beschutte arbeid en werden op hun mogelijke plaatsing in normale arbeid onderzocht. Dit gelukte voor één tewerkgestelde; 8 bleven in beschutte arbeid.
In 14 gevallen was de plaatsing in beschutte arbeid niet in het gegeven medisch advies aanbevolen, maar geschiedde de plaatsing op sociale overwegingen.

Niet meer ingeschreven.

Van de 18 personen die niet meer bij het arbeidsbureau ingeschreven waren, waren er drie volledig arbeidsongeschikt. In elk van deze gevallen bestond een bijkomende invaliditeitsoorzaak, en kan de arbeidsongeschiktheid niet alleen aan de varicosis worden toegeschreven.
Voorts zijn vijf personen 65 jaar geworden, zeven wensten geen verdere bemiddeling en drie personen zijn overleden.

Verdeling naar beroepen.

Van de 128 personen uit deze diagnosegroep hebben 57 d. i. 45% weer werk in normale arbeidsomstandigheden opgenomen. In vergelijking met de andere aandoeningen uit de hoofdgroep hart- en vaatziekten is dit aantal relatief hoog. Hieruit zou mogen volgen, dat de varicosis in vele gevallen toch een redelijke arbeidsgeschiktheid toelaat. Dat bijna de helft van deze mensen een ander beroep of een andere functie is gaan uitoefenen op een leeftijd dat beroepsverandering niet gebruikelijk is, toont dat de varicosis nietteming een grote invloed op het verrichten van arbeid heeft. De personen, die met varicosis van de onderste ledematen bij een arbeidsbureau werden ingeschreven komen het meest voor in de bouwnijverheid en in de ongeschoolde beroepen. Ook de beroepen in de metaalindustrie en de hotel- en verkeerssector vertoonden een aantal werkzoekenden met de bedoelde afwijking.
Van de 29 bouwvakarbeiders zijn er 11 in de bouw werkzaam gebleven: 6 grondwerkers, 2 opperlieden en 1 betonwerker bleven hun oude werk doen; een timmerman vond zelf weer werk en een timmerman werd als fabriekstimmerman geplaatst. Eén grondwerker, die zich aanmeldde voor de cursus voor stukadoor bleek aan varicosis te lijden; dat was niet ernstig genoeg om hem de opleiding te ontzeggen.
Drie personen die niet in de bouw hadden gewerkt zijn zelf als grondwerker gaan werken; twee losse arbeiders en een ongeschoolde uit de metaalindustrie. Hoewel het beroep van grondwerker vele variaties vertoont van lichter en zwaarder werk was het voortzetten van deze arbeid - die steeds langdurig staan en lopen met zich brengt - in het medisch advies van deze gevallen ontraden. De herplaatsingen in dit beroep zijn in nagenoeg alle gevallen door de betrokkene zelf gevonden.
Van de acht gevallen die ander werk zijn gaan doen hebben er vier ongeschoolde fabrieksarbeid opgenomen, twee zijn in eenvoudig werk in de metaalindustrie geplaatst en een timmerman werd in een fabriek voor machinale houtbewerking tewerkgesteld.
Van de 14 metaalbewerkers zijn er zeven in normale arbeid gebleven. Een bankwerker, een lasser en een gieterijarbeider zijn in hun oude werk gebleven; een lasser werd onderhoudsmonteur en een automonteur werd montagewerker. Vier personen, die in verschillende beroepen hadden gewerkt werden als ongeschoold arbeider in de metaalindustrie geplaatst. Twee adspirant-cursisten voor een vakopleiding tot lasser en tot elektromonteur bleken aan varicosis te lijden; er was geen bezwaar tegen hun opleiding. Zij hebben die voltooid en zijn in deze beroepen werkzaam gebleven.

Tab. 11

Tot hoeveel van de onderzochte bedrijven
verdeling naar de terugkeer-
mate

	gelaatst in						
	oorspronkelijke bedrijfstak (-tak)	hetzelfde bedrijf	een ander bedrijf	beschutte arbeid	niet meer ingeschreven	onbekend	totaal
textielarbeiders	29	11	8	6	2	2	14
metaalbewerkers	14	5	2	3	2	2	11
landbouwpersoneel	7	2	-	3	2	-	3
kant- en vezelarbeiders	9	4	2	1	1	1	6
administratief en sociaal personeel	3	2	-	1	-	-	2
losse arbeiders	22	3	4	2	4	3	13
overige bedrijven	33	3	10	10	5	5	8
beschutte arbeid	11	-	1	8	2	-	-
	128	30	27	40	18	13	57

Hotel- en verkeerspersoneel. Tot deze beroepsgroep behoorden de cafetaria uit de eerste periode, een kok en twee ramen, die beiden naar andere bedrijven waren overgegaan. Uit de verkeerssector kwamen de chauffeur, een rangeerder, een bediener en een inspecteur. De inspecteur is als enige in het onderzoek in zijn oude beroep terug. Van de chauffeurs heeft één zijn werk naar een ander bedrijf verplaatst en een andere kon na een korte beschutte arbeid gelaatst.
Van de 22 losse arbeiders bleven er 7 in normale arbeid werkzaam en werden 2 in beschutte arbeid geplaatst. De grote variatie in opdrachten die hun worden gegeven, maakt het mogelijk, dat een deel van deze arbeiders zich in enigerlei vorm handhaven. Bovendien kan een groot aantal bijbaantjes verrichten. De nog ongeplaatste personen zijn vrijwel allen ongeschoolden. Ook in de beschutte arbeid worden zij veelal voor eenvoudige werkzaamheden (keukens en bezorgers) gebruikt.

Een aantal van de personen, die de bijbaantjes verrichten, hebben hiervoor hun oude beroep opgegeven. De overige 5 hebben hun oude beroep elders en overwegend staand werk hervat.
Voor zover zij niet in normale arbeid konden worden geplaatst, bleven zij vrijwel allen in de beschutte arbeid. Een van hen is overleden. Van de overigen zijn er 3 in de beschutte arbeid geplaatst. Een van hen is na een korte periode in normale arbeid teruggekeerd in de beschutte arbeid. Een ander is in normale arbeid geplaatst. Van de overige 3 is er 1 in de beschutte arbeid geplaatst. Een van hen is na een korte periode in normale arbeid teruggekeerd in de beschutte arbeid.

ALGEMENE OPMERKINGEN OVER LIJDERS AAN ZIEKTEN VAN HET CIRCULATIE-APPARAAT.

Een algemeen overzicht over de belangrijkste invaliditeitsoorzaken van de ziekten van het hart en de bloedvaten toont, dat er duidelijk verschillen zijn tussen de verschillende diagnosen en diagnosegroepen die in dit hoofdstuk zijn besproken. De beperkende invloed van een aandoening op het verrichten van arbeid is afhankelijk van de aard van de aandoening, de eisen van de arbeid en de leeftijd van de betrokken patiënt.
De hier besproken aandoeningen kunnen worden verdeeld in ziekten, welke rechtstreeks de hartfunctie beïnvloeden, n.l. de arteriosclerotische aandoeningen van het hart en de ziekten van de coronaria, de myodegeneratio cordis en de hypertensie, en anderzijds de aandoeningen van de bloedvaten, d.w.z. de perifere arteriële vaatziekten en de varicosis van de onderste ledematen. De eerstgenoemde aandoeningen tonen in hun invloed op het verrichten van arbeid duidelijk, dat de resterende hartfunctie het essentiële element is in de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid. Bij deze patiënten is vooral het uithoudingsvermogen tegen lichamelijke inspanning van doorslaggevende betekenis voor hun werkhervatting.
Het onderzoek naar de resterende hartfunctie is voor de patiënten uit de hiergenoemde diagnosegroepen gelijk te stellen met een onderzoek naar het uithoudingsvermogen ten opzichte van lichamelijke inspanning. Zonder twijfel zal een nauwkeurige analyse van zuurstofgebruik bij exact gemeten arbeidsprestatie, zoals deze bij het ergometrisch onderzoek plaatsvindt, een precies inzicht kunnen geven in de belastbaarheid van de hartpatiënt. De uitvoering van dergelijke bepalingen van hart- en longfunctie ontmoet in de dagelijkse praktijk voor toepassing op grotere schaal financiële bezwaren, terwijl ook de psychologische instelling van vele patiënten het verrichten van deze nauwkeurige bepalingen onmogelijk maakt. Ook zal het gebrek aan tijd en beschikbaar personeel de algemene toepassing van deze analyses belemmeren. Teneinde het uithoudingsvermogen tegen inspanning zoveel mogelijk te objectiveren en toch een voor de praktijk van dagelijkse keuringszittingen uitvoerbare methode te gebruiken, passen de keurende artsen bij de arbeidsbureaus regelmatig de Master-test toe. Zoals in hoofdstuk III is beschreven leidt deze methode tot een schatting die bij een regelmatig gebruik de keurende arts in staat stelt een verantwoorde beslissing te nemen. Uit deze test leert de onderzoeker immers of de inspanning, die voor allen vergelijkbaar is, voor de individuele patiënt een geringe, een matige of een ontoelaatbare belasting betekent.
Grafiek 3 toont de vergelijking tussen de vijf besproken diagnosen en diagnosegroepen, volgens de procentuele verdeling over leeftijdsklassen en naar het arbeidsbeloop. Om de betekenis van de leeftijden te demonstreren is de scheiding tussen de klassen jonger dan 50 jaar en die van 50 jaar en ouder op dezelfde hoogte geplaatst. Daardoor wordt duidelijk in welke diagnosen de jongere patiënten naar verhouding een groter deel innemen, en in welke diagnosen de oudste leeftijdsklasse sterker domineert.
In het deel van de grafiek dat betrekking heeft op het arbeidsbeloop toont het deel van de kolommen b o v e n de scheidingslijn de plaatsingen in normale arbeid; de delen o n d e r de scheidingslijn stellen de percentages van personen voor, die niet meer aan normale arbeid deel hebben gehad, d.w.z. zij die in beschutte arbeid hebben gewerkt en die niet meer arbeidsgeschikt waren.
Uit deze voorstelling blijkt duidelijk dat voor de diagnosen die meer de jongere leeftijdsklassen betreffen ook meer plaatsingen in normale arbeid voorkomen. Daarentegen is bij de aandoeningen die sterker optre-

Grafiek 3

Mannen met ziekten van het circulatie-apparaat
Leeftijdverdeling en arbeidsbeloop

jonger dan 25 jaar

25 - 39 jaar

40 - 49 jaar

50 - 64 jaar

zelf werk gevonden in normale arbeid

bemiddeld door arbeidsbureau in normale arbeid

in beschutte arbeid geplaatst

niet meer arbeidsgeschikt

A = Arteriosclerose van het hart en ziekten van de coronaria
B = Myodegeneratio cordis C = Hypertensie

den in de oudste leeftijdsklasse (50 jaar en ouder) de plaatsing in normale arbeid duidelijk minder. Deze grafiek toont ook dat de leeftijdverdeling en het arbeidsbeloop van de personen die lijden aan arteriosclerotische aandoeningen van het hart en aan myodegeneratio cordis niet sterk uiteenlopen, zodat een verwantschap tussen deze diagnosegroepen aannemelijk kan worden geacht.
Zowel bij de hypertensie als bij de perifere arteriële vaatziekten is het percentage personen dat niet meer heeft gewerkt duidelijk kleiner, terwijl ook het aandeel van deze diagnosen in de oudste leeftijdsgroep kleiner is.
De perifere arteriële vaatziekten schijnen toch een sterkere invloed op de arbeidsgeschiktheid te hebben, aangezien het percentage personen dat in normale arbeid kon blijven, kleiner is dan bij de hypertensie.
De verhouding tussen leeftijd en herplaatsing in normale arbeid is nog duidelijker waar te nemen bij de varicosis van de onderste extremiteiten, die wel in grotere mate de jeugdiger leeftijdsgroepen treft, maar veel minder vaak leidt tot ongeschiktheid voor normale arbeid.
Bij beide groepen van patiënten met perifere aandoeningen van de bloedvaten, zowel van de arteriën als van de venen, blijkt de beperking van arbeid in verband te staan met de voor het vaatstelsel ongunstige statische verhoudingen. Als een voorbeeld mag worden aangehaald, dat de schilders die leden aan arteriosclerose van het hart, zich in hun oude beroep konden handhaven, vermoedelijk omdat een individuele regeling van arbeidstempo en inspanning mogelijk was. In de groep der arteriële vaatziekten bleken alle schilders ongeschikt te zijn voor hun oude werk.
Bij de eerstgenoemden was een individuele aanpassing tussen de door het werk gevraagde inspanning en de prestatie van de patiënt mogelijk; voor de tweede groep is er geen mogelijkheid om aan de voortdurend staande arbeidshouding te ontkomen en toch het beroep van schilder te blijven uitoefenen. Het verschil tussen de beperkingen, die door de verschillende aandoeningen worden veroorzaakt, ligt in wezen in de beroepseisen van de verschillende beroepen. Deze beroepseisen hebben betrekking op de te verrichten handelingen en op de omstandigheden, waaronder de patiënt bij werkhervatting zal moeten gaan werken.
Bij al deze aandoeningen speelt het ziekteverzuim eveneens een rol bij de beoordeling van de plaatsingsmogelijkheid. Bij aandoeningen, die een duidelijk progressief karakter hebben - en dat hebben al deze ziekten min of meer - is de herplaatsing steeds moeilijk, omdat een te verwachten ziekteverzuim de arbeidscontinuïteit dreigt te verstoren. Voor de herplaatsing van personen met deze duidelijke beperkingen is dan ook altijd een grote medewerking van de zijde van de werkgever noodzakelijk. Deze medewerking wordt het gemakkelijkst verkregen voor personen, die een binding aan het bedrijf hebben en als de werkgever in staat en bereid is de lichtere functies te reserveren voor zijn oudere werknemers, die - al of niet gehandicapt door de restverschijnselen van doorgemaakte ziekten - niet meer zo goed mee kunnen. In dit licht van herplaatsing van aan het bedrijf gebonden oudere werknemers moet men dan ook het vrij grote aantal gevallen zien, die in het oude beroep zelf werk vinden. Uit de gegevens van de enquête blijkt weliswaar alleen het beroep of de functie, die de betrokkene na de keuring heeft uitgeoefend, maar in vele gevallen is het meer de binding aan de werkgever dan de terugkeer naar het beroep. Waar deze binding aan de werkgever ontbreekt is de plaatsing veel moeilijker.
In alle hier behandelde groepen van patiënten is het aantal, dat zelf in een nieuw beroep - en dus bij een andere werkgever - werk vindt, klein. Bij personen, die door de arbeidsbemiddeling aan passend werk onder normale arbeidsverhoudingen werden geholpen, overweegt het aantal beroepsveranderingen. Hier mag zeker sprake zijn van het volgen van

het gegeven medisch advies, waarin terugkeer naar het oude beroep werd ontraden, wat in vele gevallen overeenstemde met de wensen van de patiënt. De plaatsing in andere beroepen dan het vroeger uitgeoefende lukt dank zij de relaties tussen arbeidsbureau en bedrijfsleven en de beroepenkennis van de bemiddelaar. Bij de gekeurden uit deze diagnosehoofdgroep is niet op te merken, dat vakopleiding invloed heeft ge-ge-had op beroepsverandering. Slechts in enkele gevallen is een omscholing in een centrum voor vakopleiding van volwassenen de weg naar passende arbeid geweest. Dit geringe aantal opleidingen moet worden gezien in verhouding met de leeftijdsspreiding van de betrokkenen. Hoewel er geen leeftijdsgrenzen zijn gesteld voor het volgen van opleidingen komt het betrekkelijk weinig voor, dat personen van 50 jaar of ouder nog een vakopleiding gaan volgen. Deze leeftijdsgroep vormt juist de meerderheid van de patiënten uit deze diagnosegroepen. Het is derhalve verklaarbaar, dat gerichte vakopleiding hier weinig mogelijkheden biedt. Een vrij groot aantal personen kon in beschutte arbeid worden geplaatst; de meesten bleven hierin werken. Het is aannemelijk, dat bij deze lijders aan progressieve ziekten de terugkeer naar normale arbeid nauwelijks voorkomt. Bij de aandoeningen, waarbij de progressie minder duidelijk is, zijn steeds herplaatsingen voorgekomen, zelfs in de hoogste leeftijdsklassen. Niettemin is hun aantal gering. Dit wordt mede verklaard door de omstandigheid, dat de arbeidsbureaus zich met grote inspanning wijden aan de plaatsingsmogelijkheden in normale arbeid, alvorens tot plaatsing in beschutte arbeid wordt overgegaan. Van de hier bedoelde aandoeningen kan nauwelijks worden verwacht, dat aanzienlijke verbetering van de lichamelijke conditie de arbeidscapaciteit van de betrokkenen belangrijk kan vergroten. Er zijn gevallen, waarin de plaatsbaarheid in normale arbeid door gewenning aan arbeidsroutine in beschutte arbeid toeneemt. Dit betreft meestal de jongeren en ook hun aantal is gering.

De aandoeningen in de hoofdgroep hart- en vaatziekten leggen steeds beperkingen op aan het arbeidsvermogen van de betrokken patiënten; het progressieve karakter ervan houdt velen buiten een verdere deelname aan het arbeidsproces.

Deskundige arbeidsbemiddeling, met gebruikmaking van medische en andere specialistische informatie, kan leiden tot plaatsing in passende arbeid onder normale arbeidsverhoudingen. Voor hen voor wie dit niet mogelijk is, kan beschutte arbeid lange tijd een aanvaardbare vorm van arbeid zijn.

* * * * *

HOOFDSTUK VI

DE ARBEIDSINPASSING VAN PERSONEN TUSSEN 40 en 50 JAAR

In Hoofdstuk IV werd er reeds op gewezen, dat de bemiddeling van personen van 40 jaar en ouder moeilijker verloopt dan bij personen van jonger dan 40 jaar. Uit grafiek 1 op blz. 59 blijkt dat de inschrijvingsduur met de leeftijd toeneemt, hetgeen dus zeggen wil, dat het voor oudere personen langer duurt een passende arbeidsplaats te vinden. Behalve de inschrijvingsduur kan ook het arbeidsbeloop aanwijzingen geven omtrent de plaatsbaarheid van deze werkzoekenden; hieruit blijkt of de werkzoekenden weer normale arbeid konden verrichten, of zij geschikt bleken te zijn voor werk in beschuttende omstandigheden of dat zij niet meer arbeidsgeschikt waren, ook niet voor beschutte arbeid. Voorts is van belang of de werkzoekenden het beroep dat zij hadden uitgeoefend al of niet opnieuw konden opnemen.
Bij de gekeurden uit deze leeftijdsgroep zal worden nagegaan, of de oorzaken van dit moeilijk-plaatsbaar-zijn (mede) gelegen zijn in hun lichamelijke toestand en of aandoeningen, die kennelijk bij ouderen de arbeidsgeschiktheid beperken, reeds gaan optreden in de leeftijdsklasse van 40 tot 49 jaar. Een eventueel verband tussen beroep en gezondheidstoestand zou inzicht kunnen geven in het optreden van het "moeilijk-plaatsbaar" zijn.
De gegevens van de enquête laten toe een scheiding te maken tussen de personen van 40 tot 44 jaar en die van 45 tot 49 jaar. De vergelijking van deze twee leeftijdsgroepen kan bijdragen tot het inzicht in de problematiek der plaatsbaarheid. Het aantal veertig-tot-vijftig-jarigen in de gehele enquête beloopt 2489 mannen. Daarvan zijn er 1166 jonger dan 45 jaar, en 1323 45 jaar of ouder.
In deze groepen komen 167 resp. 214 personen voor, van wie het arbeidsbeloop niet bekend is. Het is voor deze leeftijdsklasse moeilijk na te gaan wat deze mensen zijn gaan doen. Uit het feit dat zij zich niet meer hebben laten inschrijven, - ook niet op aandringen van een der organen van de sociale verzekering of voor sociale voorzieningen - volgt dat zij zelf werk hebben gevonden of dat zij volledig arbeidsongeschikt zijn. Bij deze betrekkelijk jonge leeftijdsklasse ligt het voor de hand dat velen weer zijn gaan werken en dit niet aan het arbeidsbureau hebben gemeld. Er zijn echter onder de aandoeningen die bij de keuringen zijn vastgesteld ernstige ziekten, die reeds op deze leeftijd tot volledige arbeidsongeschiktheid kunnen leiden. Hierbij kan o.a. gedacht worden aan verschillende organische aandoeningen van het zenuwstelsel. Daarom mogen degenen, van wie het arbeidsbeloop niet bekend is, niet zonder meer tot de werkenden worden gerekend. Omdat het arbeidsbeloop van deze onbekenden ook niet bij benadering vastgesteld kan worden, zijn zij uit de verdere bewerking weggelaten. De uitwerking van de gegevens heeft derhalve betrekking op 999 personen van 40 tot 44 jaar en op 1109 personen van 45 tot 49 jaar.
Er kan een indeling gemaakt worden naar de mate waarin de invaliditeit de plaatsbaarheid heeft beïnvloed. De geringste beperking in de plaatsbaarheid treft men bij personen, die weer in normale arbeid zijn gaan werken. Hierbij kan dan nog het onderscheid worden gemaakt, of de betrokkenen dit werk zelf hebben gevonden, of dat de bemiddeling door het arbeidsbureau tot werkhervatting leidde. Men mag aannemen dat degenen die zelf werk vinden na een periode van werkloosheid - dus meestal niet bij een vroegere werkgever - een redelijk goed aanbod op de arbeidsmarkt vormen. Deze mensen hebben kennelijk het initiatief gehad om naast de inschrijving bij het arbeidsbureau zelf werk te zoeken.

Degenen die door het arbeidsbureau werden bemiddeld, en er dus blijkbaar niet in geslaagd zijn zelf werk te vinden of dit niet hebben gezocht, moeten zeker als moeilijker plaatsbaar worden beschouwd. De in beschutte arbeid geplaatsten zijn kennelijk in een nog ongunstiger toestand, omdat deze plaatsing slechts tot stand komt als werken in normale omstandigheden niet mogelijk blijkt. De groep gekeurden, die niet meer zijn ingeschreven bestaat alleen uit degenen, van wie bekend is dat zij niet meer arbeidsgeschikt waren en de overledenen, omdat zij, van wie het arbeidsbeloop niet bekend is, uit deze bewerking zijn verwijderd. In tabel 33 wordt een globale indeling van het arbeidsbeloop naar bovengenoemde indeling gegeven.

Tabel 33

Personen van 40 tot 50 jaar
arbeidsbeloop
mannen

	40-44 jaar		45-49 jaar	
	aantal	%	aantal	%
zelf werk gevonden	248	25	222	20
bemiddeld door arbeidsbureau	381	38	380	35
in beschutte arbeid	299	30	400	36
niet meer arbeidsgeschikt	71	7	107	9
	999	100	1109	100

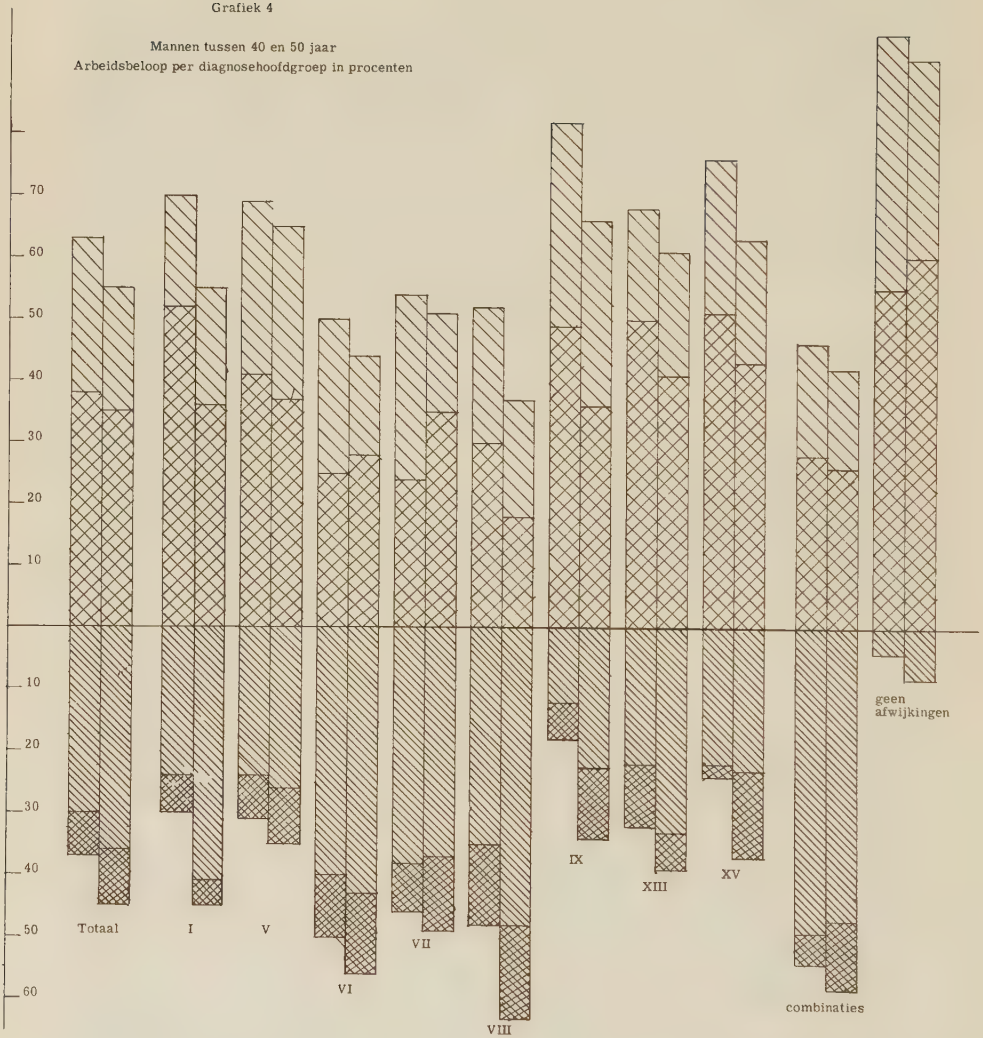
Het blijkt dan dat van de jongere groep meer personen in normale arbeid zijn geplaatst dan van de oudere groep. Degenen die zelf werk vonden of door een arbeidsbureau werden bemiddeld vormen 63% resp. 55% van het totaal. Van de oudere groep is een duidelijk groter deel in beschutte arbeid geplaatst dan van de jongere groep. De lichamelijke toestand van de personen die in beschutte arbeid zijn geplaatst en daarin na een waarnemingsperiode van drie jaar nog werkzaam zijn, kan een belangrijke aanwijzing geven voor de redenen van het moeilijk plaatsbaar zijn.
Uit deze globale cijfers kan men zien, dat ongeveer een derde der gekeurden in beschutte arbeid is gekomen; dat ruim een derde door het arbeidsbureau is bemiddeld en dat ongeveer een vierde zelf werk heeft gevonden. Ongeveer een tiende is niet meer arbeidsgeschikt en heeft niet meer gewerkt.

DE BETEKENIS VAN DE OORZAAK VAN DE INVALIDITEIT

Om een inzicht te krijgen in de invloed van de aandoeningen bij de twee leeftijdsgroepen moet de frequentie van de verschillende diagnosehoofdgroepen in beide leeftijdsgroepen worden vergeleken. De verdeling naar diagnosehoofdgroepen wordt in tabel 34 gegeven. Hieruit blijkt dat de hoofdgroepen V, VI, VII, VIII en XIII absoluut en procentueel op de voorgrond treden. Ook de groep van personen bij wie meer dan één aandoening werd gediagnosticeerd vertoont een frequentie. In tabel 35 en in grafiek 4 is een overzicht gegeven van het arbeidsbeloop van de betrokken personen. Het aantal gevallen in de diagnosehoofdgroepen III, IV, X en XI waren te klein om afzonderlijk te worden uitgewerkt; deze gevallen zijn echter wel opgenomen in het globale overzicht van de gehele groep.

Grafiek 4

Mannen tussen 40 en 50 jaar
Arbeidsbeloop per diagnosehoofdgroep in procenten



zelf werk gevonden in normale arbeid
bemiddeld door arbeidsbureau in normale arbeid
in beschutte arbeid geplaatst
niet meer arbeidsgeschikt

Evenals in grafiek 3 wordt in grafiek 4 een duidelijke scheiding gemaakt tussen werkhervatting in normale arbeid en de personen die niet meer in normale arbeid hebben gewerkt. De linker kolom heeft steeds betrekking op de leeftijdsgroep 40-44 jaar, de rechter kolom op de leeftijdsgroep 45-49 jaar.

Tabel 34

Personen tussen 40 en 50 jaar
Verdeling naar diagnosehoofdgroepen
mannen

	Diagnosehoofdgroepen	40-44 jaar		45-49 jaar	
		aantal	%	aantal	%
I	Infectieziekten	67	6.7	53	4.8
III	Allergieën, endocrine, ziekten, enz.	14	1.4	18	1.6
IV	Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	4	0.4	4	0.3
V	Psychosen, neurosen en psychopathieën	123	12.3	125	11.3
VI	Org. ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	176	17.7	154	13.9
VII	Ziekten van het circulatie-apparaat	72	7.2	111	10.1
VIII	Ziekten van de ademhalingsorganen	82	8.2	94	8.5
IX	Ziekten van de spijsverteringsorganen	51	5.1	59	5.3
X	Ziekten van het urogenitaalsysteem	10	1.0	11	1.0
XII	Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	11	1.1	8	0.7
XIII	Ziekten van de bewegingsorganen	115	11.5	162	14.6
XV	Ongevallen	59	5.9	59	5.3
XVII	Andere aandoeningen	16	1.6	27	2.4
	Combinaties van aandoeningen	123	12.3	141	12.7
	Geen afwijkingen	76	7.6	83	7.5
		999	100	1109	100

De betekenis van de onderscheiden aandoeningen voor de arbeidsinpassing van de patiënten is voor enkele diagnosehoofdgroepen in hoofdstuk IV besproken. In dit hoofdstuk worden bepaalde diagnosehoofdgroepen en diagnosegroepen aan een nader onderzoek onderworpen, om hieruit na te gaan, of tussen de jongere leeftijdsgroep (van 40-44 jaar) en de oudere groep (van 45-49 jaar) verschillen kunnen worden aangetoond, die inzicht kunnen geven in de oorzaken van het moeilijk plaatsbaar worden van de oudere groep (zie tabel 35).

Infectieziekten.

Deze groep bevat uitsluitend lijders aan tuberculose; behoudens enkele gevallen van been- en gewrichtstuberculose zijn de gekeurden lijdende geweest aan longtuberculose.
De oudere groep (45-49 jaar) is duidelijk minder geslaagd in het verkrijgen van werk in normale arbeidsverhoudingen dan de groep van 40-44 jaar. Het aantal personen dat in beschutte arbeid is gaan werken is bij de oudere groep aanzienlijk hoger dan bij de jongere.
In beide leeftijdsgroepen vindt een gelijk percentage personen zelf werk, doch dit is belangrijk minder dan het aantal en het percentage van hen, die door het arbeidsbureau zijn bemiddeld.

Tabel 35

Personen van 40 tot 50 jaar
Arbeidsbeloop in de belangrijkste diagnosehoofdgroepen

aantallen

diagnose hoofd groep*)	zelf werk gevonden		bemiddeld door arbeidsbureau		beschutte arbeid		niet meer arbeidsgeschikt		totaal	
	40-44	45-49	40-44	45-49	40-44	45-49	40-44	45-49	40-44	45-49
I	12	10	35	19	16	22	4	2	67	53
V	34	25	51	47	30	42	8	11	123	125
VI	45	26	45	42	70	67	16	19	176	154
VII	20	18	17	39	29	41	6	13	72	111
VIII	18	17	24	18	29	45	11	14	82	94
IX	17	18	25	21	6	15	3	5	51	59
XIII	21	33	57	66	26	54	11	9	115	162
XV	15	12	30	25	13	14	1	8	59	59
combinaties	23	23	34	36	60	66	6	16	123	141
geen	31	26	42	50	3	7	-	-	76	83
totale groep	248	222	381	380	299	400	71	107	999	1109
					in procenten					
I	18	19	52	36	24	41	6	4	100	100
V	28	20	41	37	24	34	7	9	100	100
VI	25	17	25	27	40	43	10	13	100	100
VII	30	16	24	35	38	37	8	12	100	100
VIII	22	18	30	19	35	48	13	15	100	100
IX	33	30	49	36	12	25	6	9	100	100
XIII	18	20	50	41	22	33	10	6	100	100
XV	25	20	51	43	22	23	2	14	100	100
combinaties	18	16	28	26	49	47	5	11	100	100
geen	41	32	55	60	4	8	-	-	100	100
totale groep	25	20	38	35	30	36	7	9	100	100

*) zie voor de betekenis van de diagnosehoofdgroep-cijfers in tabel 34

Deze cijfers geven een aanwijzing, dat de oudere lijders aan longtuberculose minder in het normale bedrijfsleven gehandhaafd blijven. Hun resterend arbeidsvermogen maakte mogelijk dat zij wel in beschutte arbeid konden worden geplaatst.

Psychosen, neurosen en psychopathieën.

Tot deze diagnosehoofdgroep behoren 123 personen van 40-44 jaar en 125 van 45-49 jaar. In beide groepen vormen de lijders aan neurose ruim de helft, terwijl de anderen ongeveer gelijkmatig over de diagnosegroepen psychosen, psychopathieën en verminderd intellect zijn verspreid.
Het arbeidsbeloop van deze personen toont, dat van de oudere groep minder mensen zelf werk vinden en minder door het arbeidsbureau worden geplaatst dan van de jongere groep.

De plaatsingen in beschutte arbeid zijn bij de oudere groep duidelijk frequenter dan bij de jongere groep, terwijl ook het aantal arbeidsongeschikten iets groter is. De vermeerdering van het aantal in beschutte arbeid geplaatsten komt vrijwel geheel ten laste van neurose-patiënten. Dit geeft derhalve de indruk, dat de neurose-patient minder gemakkelijk in normale arbeid kan worden opgenomen, naarmate hij ouder wordt. Waarschijnlijk speelt een met de leeftijd toenemend klachten-patroon en daarbij aansluitende vrees voor een hoog ziekteverzuim een rol bij het moeilijk vinden van passende arbeid.

Organische ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen.

Het aantal gevallen in de jongere leeftijdsgroep is iets groter dan in de oudere groep, n.l. 176 resp. 154 gekeurden. In deze hoofdgroep zijn twee diagnosegroepen, die een belangrijk deel der gevallen bevatten n.l. de organische ziekten van het centrale zenuwstelsel en de groep neuritis en neuralgie.
Bij de organische ziekten van het C.Z.S. zijn twee aandoeningen die door hun frequentie en hun invloed op het arbeidsbeloop van betekenis zijn. Dit zijn multiple sclerose en de vaataandoeningen van het centrale zenuwstelsel. Voor multiple sclerose geldt, dat van de jongere groep slechts drie in normale arbeid konden worden geplaatst en zeven in beschutte arbeid zijn gaan werken. Bij de oudere groep zijn vier personen in normale arbeid geplaats, vijf kwamen in beschutte arbeid en twee waren ongeschikt voor het verrichten van arbeid.
Ook de vaatstoornissen van het C.Z.S. komen in beide leeftijdsgroepen in gelijke mate voor, waarbij ook de meeste lijders niet meer naar normale arbeid konden worden bemiddeld. Noch bij de multiple sclerose, noch bij de vaatstoornissen van het C.Z.S. is waar te nemen, dat er kenmerkende verschillen zijn tussen beide leeftijdsgroepen.
De aandoeningen van de perifere zenuwen, neuritis en neuralgie, vormen van beide leeftijdsgroepen een zeer belangrijk aandeel. In de jongere leeftijdsgroep zijn dit 100 van de 176 gekeurden, bij de oudere groep 73 van de 154. Deze grote aantallen worden hoofdzakelijk veroorzaakt door de gevallen van hernia nuclei pulposi, die in deze diagnosegroep zijn opgenomen. Het aantal lijders aan deze aandoening is in de jongere groep vrij groot, en het blijkt dat ongeveer een derde van hen zelf werk heeft gevonden; bij de oudere groep is dit in niet meer dan 20% het geval. De plaatsingen door het arbeidsbureau in normale arbeid is in beide groepen ongeveer 30%. De plaatsing in beschutte arbeid is bij de oudere groep hoger dan bij de jongere, (35% resp. 30%).
Het aantal volledig arbeidsongeschikten is ook in de oudere groep groter dan bij de jongere groep. Uit het arbeidsbeloop bij beide leeftijdsgroepen blijkt, dat de personen met rugklachten bij de leeftijdsgroep van 45-49 jaar minder mogelijkheden hebben om in normale arbeid geplaatst te worden dan de personen van 40-44 jaar.
Het arbeidsbeloop van de personen die lijden aan ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen geeft hetzelfde beeld als reeds eerder in deze overzichten is gevonden, n.l. in de oudste groep bestaat een procentueel overwicht van personen die niet meer arbeidsgeschikt zijn of in beschutte arbeid zijn geplaatst, terwijl het aantal en percentage van hen die zelf werk vinden beduidend lager ligt dan bij de jongere groep.
Ten aanzien van deze diagnosehoofdgroep moet worden opgemerkt dat in de jongere groep zich kennelijk meer mensen in normale arbeid kunnen handhaven dan in de oudere.
In de jongere groep is dit ruim 50%, in de oudere groep iets meer dan 40%. Het grote aantal plaatsingen in beschutte arbeid in beide leeftijds-

groepen komt ten laste van de drie genoemde diagnoses, multiple sclerose, verlammingen ten gevolge van vaataandoeningen en de "rugklachten" van de ischias-groep. Dat deze rugklachten bij de ouderen meer hinder en eventueel ziekteverzuim geven, mag wellicht als de reden van de plaatsing in beschutte arbeid worden gezien.

Hart- en vaatziekten.

Bij deze diagnosehoofdgroep is de oudere leeftijdsgroep met 111 gevallen bijna tweemaal zo groot als de jongere met 66 gevallen. De lijders aan arteriosclerose van het hart en van de coronaria vormen de grootste groep, n.l. 20 procent van de jongere en 30 procent van de oudere groep. Voor hypertensie is het percentage in de jongere groep slechts weinig hoger dan in de oudere groep (18 resp. 14%) terwijl van de andere diagnosegroepen de aantallen te klein zijn om verschillen van betekenis naar voren te laten komen. Het arbeidsbeloop toont dat van de jongere groep 30% zelf werk vindt; bij de oudere groep is dit 16%. De bemiddeling door het arbeidsbureau neemt bij de oudere groep sterk toe en overweegt over de jongere groep (24 resp. 35%). De plaatsing in beschutte arbeid verschilt niet veel in beide leeftijdsgroepen. In de verhouding tussen de verschillende aandoeningen in deze diagnosehoofdgroep zijn weinig markante verschillen tussen de twee leeftijdsgroepen waar te nemen en het arbeidsbeloop toont procentsgewijs geen werkelijk verschil tussen het werken in normale arbeid en in beschutte arbeid. Het numerieke overwicht van de oudere groep kenmerkt echter wel de betekenis van deze aandoeningen voor het arbeidsbeloop van deze patientengroep. Het veel hogere aantal personen tussen 45 en 49 jaar moet als een aanwijzing worden gezien, dat deze aandoeningen van hart en bloedvaten een duidelijke invloed gaan uitoefenen als oorzaak van invaliditeit.

Ziekten van de ademhalingsorganen.

Er zijn 82 personen in de leeftijdsgroep van 40-44 jaar en 94 in de leeftijd van 45-49 jaar onder deze diagnose gecodeerd. Deze diagnosehoofdgroep bestaat uit de chronische aandoeningen van de ademhalingsorganen. Bij de ademhalingsorganen is het bijzonder belangrijk een splitsing te maken tussen chronische en acute aandoeningen. De acute aandoeningen zullen door hun frequentie een uiterst belangrijke groep voor de sociale verzekering vormen; als invaliditeitsoorzaak zijn de chronische aandoeningen alleen van betekenis. Deze scheiding is in de praktijk vaak moeilijk te maken, daar de herhaalde acute bronchitis vaak moeilijk te onderscheiden is van de chronische aandoening. Daarbij is de onderscheiding die in de I. C. D. wordt aangegeven naar het al of niet bestaan van emphyseem ook moeilijk door de keuringsarts te maken. Deze diagnosegroep wordt nog meer gecompliceerd door de plaats die in de I. C. D. aan astma is gegeven, n. l. bij de allergische aandoeningen in diagnosehoofdgroep III.
Daar in de praktijk is gebleken dat bij de oudere astmapatient bijna steeds veranderingen in het longweefsel in de zin van bronchitis of emphyseem worden waargenomen en de afscheiding van de zuivere astma niet mogelijk is, is astma in het coderingssysteem van het rijksarbeidsbureau in de aandoeningen van de ademhalingsorganen ondergebracht.
In de diagnose-statistiek van de bedrijfsverenigingen van het Centraal Bureau voor de Statistiek is astma eveneens in de diagnosegroep "ziekten van de ademhalingsorganen" ondergebracht. Het arbeidsbeloop van deze patienten toont duidelijk een sterker optreden van arbeidsongeschiktheid voor de oudere groep. Het aantal plaatsingen in het normale bedrijfsleven - in de jongere groep met 42 plaatsingen iets meer dan 50% - is bij

de oudere groep reeds duidelijk minder en bedraagt met 38 plaatsingen nog geen 40%. Daarentegen is het aantal plaatsingen in beschutte arbeid proportioneel sterk toegenomen. Voor de beide leeftijdsgroepen bedraagt de plaatsing in beschutte arbeid 35 resp. 48%.
Het geringe aantal personen uit deze diagnosegroep dat zelf werk vindt en het hoge aantal, dat op deze leeftijd reeds in beschutte arbeid komt, mag gezien worden als een aanwijzing voor de sterke beperkingen die door de chronische bronchitis aan het arbeidsvermogen wordt opgelegd. Waarschijnlijk spelen hier twee aspecten een rol van betekenis. Ten eerste zal de bronchitispatient door zijn beperkte longfunctie niet meer in staat zijn grote lichamelijke inspanning op te brengen; voorts zullen de frequente acute exacerbaties van het chronische proces hem wegens veelvuldig ziekteverzuim ongeschikt maken voor het normale bedrijfsleven.

Ziekten van de spijsverteringsorganen.

Het aantal personen dat lijdt aan aandoeningen van de spijsverteringsorganen is in beide leeftijdsgroepen nagenoeg even groot en bestaat in beide leeftijdsgroepen voor meer dan 80 procent uit chronische aandoeningen van maag en darmen. Leverziekten en ingewandsbreuken vormen slechts een fractie van het aantal gekeurden, dat tot deze diagnosehoofdgroep behoort. Deze aandoeningen vormen geen belangrijke invaliditeitsoorzaak; in de jongere leeftijdsgroep komt 83 procent en in de oudere groep 66 procent weer in normale arbeid. Het aantal personen, dat niet meer arbeidsgeschikt is, is weliswaar in de oudere groep iets groter dan bij de jongere groep, doch gezien het geringe aantal mag hieraan geen grote betekenis worden toegekend. Derhalve mag worden aangenomen, dat de ziekten van de spijsverteringsorganen niet wezenlijk bijdragen tot de moeilijke arbeidsinpassing van personen tussen 40 en 50 jaar.

Ziekten van de bewegingsorganen.

De ziekten van de bewegingsorganen vormen een belangrijke groep in de oorzaken van verminderde validiteit. Door de functiebeperkingen in handen en armen, zowel als van rug en onderste extremiteiten zullen deze aandoeningen steeds een belemmerende invloed hebben op het uitoefenen van beroepshandelingen. Behalve beperkingen in beweging veroorzaken deze aandoeningen, meestal door pijnklachten, bezwaren tegen het verrichten van zwaardere arbeid. Voor de lijders aan chronische arthritis en arthrose zal werk in koude en vocht een ongunstige invloed op het verloop van de ziekte hebben, zodat deze patienten dergelijk werk, waaronder dus veelal buitenwerk, niet kunnen blijven voortzetten.
De diagnosegroep ziekten van de bewegingsorganen bevat duidelijk meer personen in de oudere leeftijdsgroep dan in de jongere. Dit is op zichzelf reeds een aanwijzing, dat bij toenemende leeftijd de aandoeningen van de bewegingsorganen een grotere rol gaan spelen. De groep chronische arthritis en arthrose is voor beide leeftijdsgroepen van ongeveer gelijke betekenis en vormt daar ongeveer 70 procent der gevallen.
De misvormingen van rug, bekken, borstkas en ledematen, zowel aangeboren als verkregen, zijn met 15% in beide leeftijdsgroepen gelijk vertegenwoordigd.
Het arbeidsbeloop van de personen uit deze diagnosehoofdgroep toont eveneens een toenemen van arbeidsongeschiktheid bij de oudere groep. In beide leeftijdsgroepen vindt een nagenoeg gelijk percentage zelf werk. De plaatsing in het normale bedrijfsleven beloopt voor de jongere groep met 57 gevallen 50% van de groep, terwijl dit voor de oudere met 65 gevallen slechts 41% is, en de plaatsing in beschutte arbeid bij de oudere

groep duidelijk groter is dan bij de jongere. Hieruit blijkt, dat reeds bij de leeftijdsgroep 45-49 jaar de plaatsing in het normale werk en onder normale arbeidsomstandigheden van patienten met chronische arthritis en arthrose moeilijk tot stand komt.

DE INVLOED VAN HET BEROEP.

Bij de verdeling van alle geënquêteerde gevallen in Hoofdstuk IV is reeds gebleken dat enkele groepen van werknemers in belanrijke aantallen voorkomen, n.l. de bouwvakarbeiders, de metaalbewerkers, het landbouwpersoneel, het hotel- en verkeerspersoneel en de losse arbeiders. In de leeftijdsklasse van 40 tot 50 jaar komen deze beroepsgroepen ook het meeste voor: zij vormen tezamen bijna 70% der gekeurde personen. Tabel 36 geeft een overzicht van de gekeurden, verdeeld naar de beroepen waaruit zij afkomstig zijn en naar de beroepen, waarin zij zijn gaan werken. Hieraan is het werken in beschutte arbeid toegevoegd en bij de plaatsingen zijn ook de gekeurden vermeld, die niet meer in het arbeidsproces zijn opgenomen (d.w.z. waarvan bekend is dat zij niet meer arbeidsgeschikt waren en de overledenen).

Tabel 36

Personen tussen 40 en 50 jaar
Verdeling naar beroepsgroepen

	afkomstig uit				geplaatst als			
	40-44 jaar		45-49 jaar		40-44 jaar		45-49 jaar	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
bouwvakarbeiders	216	21.6	247	22.3	130	13.0	115	10.4
metaalbewerkers	101	10.1	104	9.3	105	10.5	94	8.4
landbouwpersoneel	87	8.7	106	9.5	50	5.0	46	4.1
hotel- en verkeerspersoneel	83	8.3	90	8.1	68	6.8	56	5.0
losse arbeiders	203	20.3	210	19.0	153	15.3	156	14.1
overige beroepsgroepen	215	21.6	239	21.6	123	12.3	135	12.2
beschutte arbeid	94	9.4	113	10.2	299	30.0	400	36.1
niet meer arbeidsgeschikt					71	7.1	107	9.7
	999	100	1109	100	999	100	1109	100

Het aantal plaatsingen in het normale bedrijfsleven is voor alle beroepsgroepen en in beide leeftijdsgroepen duidelijk minder dan het aantal personen dat vóór de keuring in deze beroepsgroepen werkzaam was. De metaal industrie vormt de enige uitzondering, voor zover het personen van 40-44 jaar betreft. Het aantal personen dat in de metaalindustrie werkzaam is gebleven en daarin is gaan werken is bij de jongere groep iets groter dan het aantal dat voor de keuring metaalbewerker was. Daar er een aantal metaalbewerkers niet tot hun oude beroep zijn teruggekeerd, mag hieruit worden opgemaakt, dat de metaalindustrie voor de jongere groep kennelijk arbeidsmogelijkheden heeft geboden. Bij de oudere groep is het aantal in de metaalindustrie geplaatsten absoluut en procentueel kleiner.
De vergelijking tussen de jongere en de oudere groep toont dat in de meeste beroepen het percentage van geplaatsten van de ouderen kleiner is dan van de jongeren. Hoewel deze verschillen statistisch niet signifi-

cant zijn, mag uit het regelmatig optreden van dit verschil bij elke beroepsgroep wel worden afgeleid, dat de oudere werkzoekenden kennelijk moeilijker in normale arbeid kunnen worden geplaatst. Dit verschil in plaatsbaarheid komt duidelijker naar voren, als de gekeurden in deze leeftijdsgroepen worden verdeeld in twee groepen, n.l. zij die wel, en die niet in normale arbeid plaatsbaar bleken te zijn. Van de jongere groep zijn dan 629 personen of 62.9% in normale arbeid geplaatst en 370 of 37.1% niet meer in normale arbeid gekomen. Voor de oudere groepen zijn deze cijfers 602 of 54.2% in normale arbeid en 507 of 45.8% niet meer in normale arbeid. Deze verschillen zijn wel statistisch significant en tonen dus aan, dat van de leeftijdsgroep van 45-49 jaar meer personen niet in staat waren normale arbeid te verrichten, dan bij de groep van 40-44 jaar.
De verdeling naar de beroepsgroepen van degenen die wel en die niet meer plaatsbaar waren in normale arbeid is gegeven in tabel 37. Hierbij valt op, dat het aantal plaatsingen in normale arbeid voor beide leeftijdsgroepen nagenoeg even groot is en dat er in de percentages voor de onderscheiden beroepsgroepen weinig verschillen van betekenis zijn. Slechts het aantal plaatsingen van losse arbeiders is in de oudere groep iets minder dan bij de jongere groep.

Tabel 37
Personen tussen 40 en 50 jaar
Verdeling naar de beroepsgroep, waartoe zij voor de keuring behoorden.

Beroepsgroep	40-44 jaar		45-49 jaar	
	aantal	%	aantal	%
A. Mannen die in het normale bedrijf zijn gaan werken.				
bouwvakarbeiders	152	24.2	150	24.9
metaalbewerkers	69	11.0	70	11.6
landbouwpersoneel	58	9.2	67	11.1
hotel- en verkeerspersoneel	63	10.0	57	9.5
losse arbeiders	143	22.7	110	18.3
overige beroepsgroepen	121	19.2	126	20.9
reeds in beschutte arbeid	23	3.7	22	3.9
	629	100	602	100
B. Mannen die niet meer in het vrije bedrijf hebben gewerkt (geplaatst in beschutte arbeid of arbeidsongeschikt)				
bouwvakarbeiders	64	17.3	97	19.1
metaalbewerkers	32	8.7	34	6.5
landbouwpersoneel	29	7.8	39	7.7
hotel- en verkeerspersoneel	20	5.4	33	6.5
losse arbeiders	60	16.2	100	19.7
overige beroepsgroepen	94	25.4	113	22.5
reeds in beschutte arbeid	71	19.2	91	18.0
	370	100	507	100

Het aantal bouwvakarbeiders dat niet meer in normale arbeid heeft gewerkt is volgens tabel 37 duidelijk groter in de leeftijdsgroep van 45-49 jaar dan in de jongere groep.
De grotere frequentie van ongeschikten voor normale arbeid in de oudere groep wordt vooral gevonden bij de ziekten van de ademhalingsorga-

nen en bij de ziekten van de bewegingsorganen. Bij de 16 lijders aan ziekten van de ademhalingsorganen van de oudere leeftijdsgroep bevinden zich tien personen, die zware lichamelijke arbeid hebben verricht (zoals grondwerkers, gravers, opperlieden en betonijzervlechters) terwijl de andere zes een geschoold beroep in de bouw hebben uitgeoefend (schilders, timmerlieden, metselaars, e.d.). Bij de 150 bouwvakarbeiders van de oudere leeftijdsgroep die wel tot normale arbeid zijn teruggekeerd, werd slechts in acht gevallen een aandoening van de ademhalingsorganen als invaliditeitsoorzaak vastgesteld. Hierbij waren drie grondwerkers; de anderen waren geschoolde vaklieden. Van de grondwerkers hebben twee eenvoudiger werk gedaan, de overigen zijn in hun oude beroep gebleven.
Bij de leeftijdsgroep van 40-44 jaar zijn tien gekeurden uit deze diagnosehoofdgroep niet meer tot normale arbeid in staat geweest; vijf van hen hadden lichamelijk zware arbeid gedaan, de andere vijf behoorden tot de geschoolde beroepen. Van de zes gekeurden, die normale arbeid zijn blijven doen waren drie grondwerkers, van wie twee ander, minder zwaar werk hebben aanvaard, en drie geschoolden, die tot hun eigen beroep zijn teruggekeerd en dit hebben volgehouden.
Hoewel deze cijfers klein zijn, kan hieruit niettemin de indruk worden verkregen, dat de chronische aandoeningen van de ademhalingsorganen bij bouwvakarbeiders vroegtijdig invaliditeit veroorzaken en dat dit bij de leeftijdsgroep van 45 tot 49 jaar duidelijker uitkomt dan bij de leeftijdsgroep van 40 tot 44 jaar.
De ziekten van de bewegingsorganen vertonen een soortgelijk beeld. In de oudere groep van de gekeurden die geen normale arbeid meer hebben verricht lijden 11 personen aan ziekten uit de diagnosegroep chronische arthritis en arthrose, terwijl drie statische afwijkingen aan rug en onderste extremiteiten vertonen. Van deze gekeurden behoren er tien tot de bovengenoemde zware beroepen en hebben vier lichtere, geschoolde arbeid gedaan. Bij de gekeurden die wel tot normale arbeid teruggegaan zijn, leden 15 personen aan aandoeningen uit de chronische-arthritis-en-arthrose-groep en 13 aan andere aandoeningen van rug en onderste ledematen. Bij de eerstgenoemden zijn negen ongeschoolden en zes geschoolden. Van de negen ongeschoolden hebben vijf ander, lichter werk gedaan. De patienten die tot de geschoolden behoorden hervatten in de meeste gevallen hun oude werk. Van de gekeurden met andere dan arthritische klachten veranderden de acht ongeschoolden allen van werk; de drie schilders, een timmerman en een metselaar uit deze groep bleven in hun eigen werk.
Bij de jongere leeftijdsgroep waren slechts zes personen met aandoeningen van de bewegingsorganen niet meer geschikt voor normale arbeid; hierbij zijn vier ongeschoolden, een timmerman en een schilder. Bij degenen die wel tot normale arbeid in staat bleken te zijn kwamen 16 personen uit de chronische-arthritis-en-arthrose-groep en hadden zes statische afwijkingen aan rug en voeten. Bij de eerste groep waren negen personen die zware ongeschoolde arbeid hadden gedaan, van wie de meesten in lichtere vormen van arbeid zijn gaan werken. De zeven anderen waren geschoolde bouwvakarbeiders (metselaars, timmerlieden en schilders) die in de meeste gevallen opnieuw in hun eigen werk zijn gaan werken; slechts een enkele heeft minder inspannend werk opgenomen. Bij de statische rug- en voetafwijkingen waren vier ongeschoolde grondwerkers, een timmerman en een schilder. Van de grondwerkers hebben twee ander werk gekregen, twee bleven grondwerk doen en ook de schilder en de timmerman zijn in hun vak gebleven.
Het blijkt dat ook de aandoeningen van de bewegingsorganen een duidelijke oorzaak zijn voor het niet-hervatten van normale arbeid en voor beroepsverandering en dat daarbij de lichamelijk zware arbeid, die steeds onder ongunstige arbeidsomstandigheden wordt uitgeoefend, zeer

weinig mogelijkheden biedt voor het werken door arbeiders met lichamelijke gebreken.
Bij de andere diagnosehoofdgroepen zijn geen duidelijke verschillen aan te tonen tussen degenen die wel en die niet meer tot normale arbeid in staat bleken te zijn, terwijl ook tussen de jongere en oudere groepen geen markante verschillen konden worden opgemerkt.

Bij het landbouwpersoneel geeft alleen de diagnosehoofdgroep van de ziekten van de bewegingsorganen enige aanwijzing, dat de personen uit de oudere leeftijdsgroep vaker en ernstiger zijn aangedaan dan de jongeren. In de oudere leeftijdsgroep zijn zes gekeurden met chronische arthritis en arthrose, die niet meer tot normale arbeid in staat zijn geweest. Negen personen met deze aandoeningen hebben opnieuw in normale arbeid gewerkt; zes van hen zijn als los arbeider fabrieksarbeid gaan doen, zodat slechts drie als landarbeider werkzaam bleven.
In de jongere groep kwamen slechts vijf personen met arthrose-verschijnselen voor. Twee hebben niet meer gewerkt, de drie anderen zijn landarbeider gebleven.
Gezien de kleine aantallen kan het arbeidsbeloop van deze gekeurden slechts als een aanwijzing worden gezien dat ook bij het landbouwpersoneel de zwaardere en ongunstige arbeid door de oudere lijders aan ziekten van de bewegingsorganen niet kan worden volgehouden.

Losse arbeiders. In de hier gebruikte beroepsindeling wordt het personeel in algemene dienst en het magazijnpersoneel tot de losse arbeiders gerekend. Dit is ongeschoolde arbeid, die meestal zware lichamelijke inspanning vraagt en vaak onder ongunstige arbeidsomstandigheden wordt uitgeoefend (sjouwwerk, vaak op fabrieksterreinen). In een aantal gevallen doen zich hier soms nog mogelijkheden voor gehandicapten voor, bijv. wanneer het om schoonmaak- en onderhoudswerkzaamheden gaat. Hierbij dienen de arbeidsomstandigheden van het werk en de beperkingen van de werkzoekende nauwkeurig tegenover elkaar te worden afgewogen.
Bij de losse arbeiders valt enig overwicht van de oudere leeftijdsgroep waar te nemen bij de ziekten van het circulatie-apparaat, bij de ziekten van de ademhalingsorganen en bij de ziekten van de bewegingsorganen. De totale groep van losse arbeiders, die niet meer in normale arbeid konden worden geplaatst, is in de oudere leeftijdsgroep duidelijk groter dan in de jongere (100 resp. 60 personen).
Bij de ziekten van het circulatieapparaat zijn in de oudere leeftijdsgroep 11 losse arbeiders niet meer tot normale arbeid in staat geweest; hiervan zijn zes gevallen van hartinfarct en coronairsclerose, twee gevallen van myodegeneratio cordis, twee gevallen van hypertensie en één van uitgebreide varicosis. Bij de tien patienten uit deze diagnosehoofdgroep, die weer in normale arbeid zijn gaan werken is één patient met coronairsclerose, één met hypertensie en vier met andere hartaandoeningen. Vier personen leden aan variceuse aandoeningen van de onderste ledematen. Zes van hen hebben hun oude werk hervat, terwijl vier meer geschoolde, middelzware arbeid hebben ondernomen.
Bij de jongere groep hebben zeven patienten met ziekten van het circulatieapparaat niet meer aan normale arbeid deelgenomen, terwijl vijf patienten weer zijn gaan werken. Bij deze kleine aantallen is de gestelde diagnose van weinig betekenis. De personen die weer zijn gaan werken, zijn allen in middelzware arbeid geplaatst.
Ten aanzien van de ziekten van de ademhalingsorganen blijkt dat in de oudere leeftijdsgroep elf personen niet meer in normale arbeid hebben gewerkt en vijf dit wel hebben kunnen doen. Voor de jon-

gere groep daarentegen hebben 7 personen niet en 14 personen wel in normale arbeid gewerkt. Deze werkhervattingen zijn steeds in ongeschoolde of geoefende beroepen geweest, die tot de middelzware arbeid worden gerekend. Het is opmerkelijk dat bij de patienten uit deze diagnosehoofdgroep van de jongeren een duidelijk groter aantal naar normale arbeid terugkeerde terwijl van de oudere groep slechts enkelen normale arbeid konden blijven doen en de meesten in beschutte arbeid zijn geplaatst.
Bij de ziekten van de bewegingsorganen hebben 16 personen van de oudere groep geen normale arbeid meer gedaan; 21 personen uit deze diagnosehoofdgroep zijn opnieuw in normale arbeid opgenomen. Bij de jongere leeftijdsgroep zijn deze aantallen 7 resp. 16 personen. Een onderscheid tussen de personen, die aan chronische arthritis en arthrose en aan andere aandoeningen van de bewegingsorganen leden, is noch bij de oudere, noch bij de jongere groep waargenomen. Slechts het grotere aantal personen uit de oudere leeftijdsgroep wijst op een toenemende frequentie van deze aandoeningen bij de oudere personen, waarbij dan echter moet worden opgemerkt, dat deze vormen van losse arbeid voor een aantal van deze patienten uitvoerbaar bleef.
Bij de losse arbeiders kan worden aangenomen, dat het vaak zware werk voor de arbeiders van 45-49 jaar met duidelijk medisch te diagnostiseren afwijkingen niet meer aanvaardbaar is, waardoor deze arbeiders tot de moeilijk plaatsbaren gaan behoren.

Voor andere beroepsgroepen, zoals de metaalbewerkers en het hotel- en verkeerspersoneel, kan niet worden aangetoond dat het beroep een invloed heeft op toegenomen plaatsingsmoeilijkheden bij de oudere arbeider.
Naar aanleiding van dit overzicht van de beroepen, waarin de gekeurden van beide leeftijdsgroepen hebben gewerkt, kan het voor enkele beroepsgroepen aannemelijk worden geacht, dat de oudere werknemer (van 45-49 jaar) grotere moeilijkheden heeft zich in het normale bedrijf te handhaven. Dit komt het meest tot uiting in de bedrijfsgroepen waarin een scheiding tussen de zwaardere, ongeschoolde functies en de hoger geschoolde beroepen mogelijk is, dus bij de bouwvakarbeiders.
Het blijkt dan dat de aandoeningen, welke in het algemeen bij de ouderen gaan optreden, - en die volgens het eerste deel van dit hoofdstuk reeds aantoonbaar worden bij personen tussen 45 en 50 jaar, - het circulatieapparaat, de ademhalingsorganen en de bewegingsorganen betreffen. De aard van de beroepen, die in het tweede deel van dit hoofdstuk is besproken - en waarbij vooral de aandoeningen als invaliditeitsoorzaak op de voorgrond treden - doet vermoeden, dat het niet alleen aan het verrichten van zware lichamelijke inspanning ligt, maar dat vooral ook in de arbeidsomstandigheden de redenen worden gevonden, die de herplaatsing moeilijk maken. Zowel in de bouw, als in de landbouw en voor een groot deel bij de ongeschoolde fabrieksarbeid treedt werken buiten gesloten bedrijfsruimten in sterke mate naar voren, waarbij de mogelijkheid van binnenwerk in het ongunstige seizoen nauwelijks of niet bestaat.

Samenvattend kan worden opgemerkt, dat de bestudering van de gegevens van de gekeurden tussen 40 en 50 jaar de indruk bevestigt, dat de plaatsing in passende arbeid in het normale bedrijfsleven moeilijker wordt. Daarmede wordt de conclusie van de vergelijking van de inschrijvingsduur per leeftijdsgroep bevestigd. Voor zover de redenen van moeilijk-plaatsbaar-zijn in de fysieke conditie van de werknemers is gelegen, mag worden verondersteld, dat de aandoeningen van het circulatie-apparaat, van de ademhalingsorganen en van de bewegingsorganen hierbij meer betrokken zijn dan andere ziekten of gebreken.

Tevens leidt de bestudering van deze gegevens tot de conclusie in de zware lichamelijke arbeid onder ongunstige arbeidsomstandigheden een aanleiding te zien, dat herplaatsing in normale arbeid voor lijders aan genoemde ziekten moeilijk verloopt.

* * * * *

HOOFDSTUK VII

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Het doel van dit onderzoek is na te gaan, welke plaats het sociaal-geneeskundig handelen heeft, en moet hebben, in de organisatie van de arbeidsvoorziening, zoals deze zich in de na-oorlogse jaren heeft ontwikkeld. Het is immers de taak van de arbeidsvoorziening om zorg te dragen dat het arbeidspotentieel kwalitatief en kwantitatief voldoet aan de eisen van de werkgelegenheid. Dit legt aan de dienst voor de arbeidsvoorziening de plicht op een onderzoek in te stellen naar de kwaliteiten van het werknemersaanbod en naar de eisen van de werkgelegenheid.
De beoordeling van de vakbekwaamheid van de werknemers is het eerst uitgevoerd; de beoordeling van psychische structuur en lichamelijke gesteldheid zijn pas later tot ontwikkeling gekomen. Thans kan er niet meer aan worden getwijfeld dat de beoordeling van de lichamelijke gesteldheid van de werkzoekende ten opzichte van de voorgestelde beroepshandelingen noodzakelijk is. Dit wil niet zeggen dat elke bij een arbeidsbureau ingeschreven werkzoekende een geneeskundig onderzoek moet ondergaan. Integendeel, er moet worden bepaald welke personen op grond van hun vakbekwaamheid alleen kunnen worden bemiddeld en wie voor een medische beoordeling in aanmerking moeten komen. Deze medische beoordeling is in de eerste plaats nodig voor personen, van wie bekend is of vermoed wordt dat zij aan lichamelijke of geestelijke ziekten of afwijkingen lijden; daaronder zijn dan begrepen degenen die tot de mindervaliden worden gerekend. Dit betreft voorts personen die een beroepskeuzeadvies vragen en tenslotte hen, die een vakopleiding zullen ontvangen. Deze geneeskundige beoordeling wordt voor de arbeidsvoorziening in Nederland verricht door de artsen van de afdeling arbeidsmedische aangelegenheden van het Rijksarbeidsbureau. Samenwerking met andere medische en sociaal-medische diensten is hierbij onontbeerlijk.
Deze medische afdeling bij het Rijksarbeidsbureau begon haar werk in 1956 en had zich in 1960 geleidelijk tot alle arbeidsbureaus in het land uitgebreid. De keuringen door de artsen van deze afdeling zijn voor het grootste deel verricht in verband met arbeidsbemiddeling; keuringen voor beroepskeuzevoorlichting en voor vakopleiding waren in 1960 nog onvoldoende ontwikkeld en zijn in dit onderzoek niet uitgewerkt. Aangezien het opnieuw in arbeid brengen de belangrijkste reden voor het keuren van werkzoekenden was, mag het arbeidsbeloop na het geneeskundig onderzoek worden gebruikt als een maatstaf voor het bereikte resultaat.
De arbeidsgeschiktheid van de werkzoekenden is in dit onderzoek bepaald in relatie tot de aandoeningen die zijn vastgesteld, de leeftijd van de gekeurde personen en de beroepen die zij voor het geneeskundig onderzoek hadden uitgeoefend.
Het was mogelijk uit de enquête-formulieren na te gaan of het arbeidsbeloop in overeenstemming is met het verstrekte medisch advies. Deze relatie is alleen van betekenis voor de gevallen, waarin arbeidsbemiddeling door het arbeidsbureau had plaats gevonden.
Bij het resultaat van de arbeidsbemiddeling van de groepen geënquêteerden, die in de hoofdstukken V en VI zijn besproken, is reeds naar voren gekomen dat er in het algemeen een goede overeenstemming bestaat tussen het gegeven advies en de bemiddelingsactiviteit van het arbeidsbureau. In sporadische gevallen hebben de gekeurden het werk hervat met een vorm van arbeid, die zwaarder scheen te zijn dan in het medisch advies was aangegeven. Wel komt uit de enquête tot uiting, dat een beperkt aantal personen in beschutte arbeid is geplaatst, hoewel de noodzakelijkheid hiertoe niet uit het advies bleek. In deze gevallen zal de leeftijd of het sociale gedragspatroon van de betrokkene de belemmering voor zijn

plaatsing in normale arbeid zijn geweest.
Het is van bijzondere betekenis op te merken, dat van de personen die werden gekeurd, steeds werd verwacht dat zij nog tot het verrichten van enige arbeid in staat zouden zijn. Als zodanig is deze groep van gekeurde werkzoekenden niet representatief voor een groep van lijders aan een bepaalde aandoening; personen die geheel arbeidsongeschikt zijn komen bij de arbeidsbureaus niet of nauwelijks voor.
Het onderzoek heeft hieruit bestaan, dat van de personen die in 1960 zijn gekeurd, in 1963 is nagegaan hoe het arbeidsbeloop in de tussenliggende jaren is geweest. Deze jaren zijn gekenmerkt door volledige werkgelegenheid. Bij deze overspannen arbeidsmarkt wordt het werklozenbestand voor een belangrijk deel gevormd door minder-geschikten, waaronder ook de minder-validen. Wij zijn van oordeel dat de situatie van de arbeidsmarkt gedurende de periode van waarneming, gunstig is geweest voor dit onderzoek, omdat door de aanhoudend gunstige conjunctuur de plaatsbaarheid van gehandicapten onveranderd is gebleven. Door de gespannen arbeidsmarkt zijn vele minder-validen, die nog als arbeidskracht aanvaardbare prestaties konden leveren, in normale arbeid opgenomen. Zij die niet meer onder normale arbeidsomstandigheden konden werken zijn, voor zover mogelijk, in beschutte arbeid te werk gesteld. Slechts zij die door de keurende artsen als arbeidsongeschikt werden beschouwd, konden niet meer worden geplaatst in regelmatige arbeid.
De gunstige conjunctuur heeft eveneens invloed op de beschutte arbeid uitgeoefend, in deze zin dat de normale industrie veel werkopdrachten aan de beschuttende werkplaatsen heeft uitbesteed en daardoor de arbeidsmogelijkheden voor gehandicapten heeft vergroot. Wanneer een recessie in de conjunctuur zou zijn opgetreden, zou het aantal niet-geplaatse minder-validen zijn toegenomen. Bovendien zouden de werkopdrachten aan de beschuttende werkplaatsen zijn verminderd en zou de werkgelegenheid in deze werkplaatsen zijn ingekrompen. Het aantal minder-validen, dat niet meer aan regelmatige arbeid deel kon nemen zou daardoor worden vergroot. Voor de mensen, die op deze wijze tot de niet-geplaatsten zouden gaan behoren is de oorzaak van het niet-geplaatst zijn niet alleen in hun lichamelijke toestand te zoeken, maar vooral in de conjunctuur, waardoor het bedrijfsleven hen niet meer - direct of indirect - als arbeidskracht kon opnemen. De verschillende vormen van arbeidsmogelijkheden: plaatsing in normale arbeid, plaatsing in beschutte arbeid en niet-meer-plaatsbaar-zijn mogen dan ook worden aangenomen als criteria voor de bepaling van arbeidsgeschiktheid.
De beoordeling van de arbeidsgeschiktheid geschiedt bij het Rijksarbeidsbureau door een vergelijking van de lichamelijke en geestelijke capaciteiten van de minder-valide ten opzichte van de eisen van het beroep. Hiervoor dienen de functie-analyses, zoals deze door de beroepenkundigen van het Rijksarbeidsbureau in samenwerking met de artsen worden gemaakt, als basis van beoordeling. Het medisch rapport voor de bemiddeling is opgebouwd volgens dezelfde indeling van lichamelijke verrichtingen en arbeidsomstandigheden, zodat beroepenkundige, arts en bemiddelaar dezelfde terminologie bezigen. Het is van belang dat deze verschillende deskundigen aan de terminologie eenzelfde, vastgestelde betekenis hechten. Door deze methode kan met redelijke zekerheid worden vastgesteld of een bepaalde minder-valide in staat zal zijn gegeven werkzaamheden te verrichten en of bepaalde werkzaamheden toelaatbaar en uitvoerbaar moeten worden geacht voor bepaalde categorieën van gehandicapten. In het individuele geval wordt in gemeenschappelijk overleg een beslissing genomen.
Bij het onderzoek naar de frequentie van de verschillende invaliditeits-

oorzaken is gebruik gemaakt van de diagnosehoofdgroepindeling van de International Statistical Classification of Diseases and Causes of Death van de Wereldgezondheidsorganisatie. Hierbij is gebleken dat de volgende diagnosehoofdgroepen in grote frequentie voorkomen: psychosen, neurosen en psychopathieën, organische ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen, ziekten van het circulatie-apparaat en ziekten van de bewegingsorganen. In bijna een vierde deel van de gevallen werden twee of meer aandoeningen, die op verschillende aetiologie berusten, vastgesteld. Uit de verdeling van de diagnosehoofdgroepen in ondergroepen wordt het duidelijk dat de ziekten van het hart en de aandoeningen chronische arthritis en arthrose bij mannen het meest frequent zijn, terwijl bij de vrouwen het aantal neurose-gevallen overweegt. Het te kleine aantal vrouwen in het onderzoek maakt een statistische bewerking onmogelijk; de uitwerking van de gegevens heeft derhalve alleen betrekking op de mannelijke gekeurden en ingeschrevenen.
De leeftijdsverdeling van de gekeurden stemt in grote trekken overeen met de leeftijdsverdeling van de ingeschreven mannen. De oudste leeftijdsklasse (50-64 jaar) bedraagt van beide groepen ruim veertig procent. Dezelfde leeftijdsklasse vormt slechts twintig procent van de mannelijke beroepsbevolking (volkstelling 1960). Bij de volkstelling zijn alle jongere leeftijdsgroepen (onder 40 jaar) procentueel belangrijk groter dan de overeenkomstige leeftijdsgroepen bij het arbeidsbureau. De leeftijdsspreiding van de bij de arbeidsbureaus ingeschreven mannen vertoont dus een duidelijk overwicht van de oudere leeftijdsgroepen. Dit verschil begint zich reeds af te tekenen bij de groep van 40-49 jaar.
De statistiek van de inschrijvingsduur van werkzoekenden geeft eveneens aan dat de oudste leeftijdsklassen duidelijk het moeilijkst plaatsbaar zijn. Bij de leeftijdsklasse van 40-49 jaar werd slechts een vierde deel binnen een maand bemiddeld, terwijl ongeveer een derde deel van deze leeftijdsklasse langer dan een jaar stond ingeschreven. Bij de personen van 50-64 jaar was de inschrijvingsduur in 20 procent der gevallen korter dan een maand, en in ruim 40 procent langer dan een jaar. Beide waarnemingen leiden tot de conclusie, dat de ouder wordende werknemer in toenemende mate behoefte heeft aan de hulp van het arbeidsbureau voor het vinden van passende arbeid.
Met betrekking tot de beroepen, waaruit de gekeurden afkomstig zijn kan in het algemeen worden gesteld dat de bouwvakarbeiders, de metaalbewerkers, het landbouwpersoneel, het hotel- en verkeerspersoneel en de losse arbeiders de belangrijkste groepen zijn. Hier is een duidelijk verschil waar te nemen met de beroepenverdeling van de geregistreerde arbeidsreserve. Hogere percentages gekeurden komen vooral voor bij de bouwvakarbeiders, de metaalbewerkers en de losse arbeiders. Binnen deze beroepsgroepen blijken de minder geschoolden het moeilijkst te plaatsen te zijn.
Wegens de sterk wisselende invloed van de verschillende invaliditeitsoorzaken op de arbeidsgeschiktheid en de uiteenlopende eisen van de onderscheiden beroepen, kon niet worden verwacht dat een onderzoek naar het arbeidsbeloop van alle gekeurden een inzicht kan geven in de problematiek van de arbeidsgeschiktheid en de plaatsbaarheid van gehandicapten. De redenen van het minder-geschikt zijn zullen per categorie wisselen en moeten daarom per categorie worden onderzocht.
Voor dit onderzoek is de arbeidsgeschiktheid en het arbeidsbeloop nagegaan van de gekeurden, die leden aan ziekten van het circulatie-apparaat, en van de gekeurden die behoorden tot de leeftijdsklasse van veertig tot vijftig jaar.
Bij de gekeurden die leden aan ziekten van het circulatie-apparaat konden enkele belangrijke diagnosegroepen nader worden onderzocht, omdat de codering voldoende zekerheid omtrent de diagnose verschafte en

de groepen numeriek groot genoeg waren voor statistische bewerking. Deze diagnosegroepen zijn: hartziekten van arteriosclerotische aetiologie en ziekten van de coronaria, myodegeneratio cordis, hypertensie, perifere arterieële vaatziekten en varicosis van de onderste ledematen. Voor elk van deze aandoeningen blijkt de leeftijdsopbouw verschillend te zijn. De hoge bloeddruk ziekten en de varicosis komen in een vrij groot aantal gevallen bij jongere personen voor (onder 40 jaar); de andere aandoeningen treffen meer de personen uit de oudste leeftijdsklassen. In de jongere categorie blijkt een duidelijke binding aan het oude beroep te bestaan en velen vinden daarin zelf opnieuw werk. Bij deze jongeren komt de werkzaamheid van het arbeidsbureau eerst recht tot uiting, wanneer beroepsverandering noodzakelijk wordt. Het schijnt dus dat de gemakkelijke plaatsing, n.l. van de jongeren in beroepen waarin zij bekend zijn onder de tegenwoordige conjuncturele situatie in belangrijke mate door de betrokkenen zelf kan worden gevonden. Is de arbeidsgeschiktheid door de aard van de ziekte en door de leeftijd sterker beperkt, dan blijkt het arbeidsbureau nog geslaagde arbeidsbemiddeling te kunnen verlenen. Bij de ouderen dan vijftig jaar wordt waargenomen, dat bij het toenemen van de leeftijd de kans om zelf werk te vinden afneemt en de behoefte aan arbeidsbemiddeling groter wordt. Het arbeidsbureau neemt voor deze mensen een steeds belangrijker plaats in. Ook uit de plaatsingen in beschutte arbeid valt af te leiden dat de ziekten van het circulatie-apparaat de arbeidsgeschiktheid duidelijk beperken. Niettemin heeft dit onderzoek aangetoond, dat in de oudere leeftijdsklassen een niet te onderschatten aantal personen via de arbeidsbureaus in passende arbeid kon worden gebracht. Voor een deel was plaatsing in het vrije bedrijfsleven nog mogelijk; voor anderen was beschutte arbeid medisch en sociaal verantwoord.
Bij het onderzoek van de leeftijdsklasse van veertig- tot vijftig-jarigen is een vergelijking gemaakt tussen de jongere groep (40-44 jaar) en de oudere groep (45-49 jaar). Deze leeftijdsklasse is in het bijzonder onderzocht om na te gaan of er een verklaring kan worden gevonden voor de toenemende frequentie van moeilijk plaatsbaren. Zowel in de invaliditeitsoorzaken als in de beroepen menen wij aanwijzingen te zien, die tot genoemd verschijnsel kunnen leiden. Ook bestaat er een numeriek overwicht van ongeveer 10 procent van de oudere groep over de jongere. De grotere frequentie van de diagnosegroepen komt hoofdzakelijk ten laste van de ziekten van het circulatie-apparaat en de ziekten van de bewegingsorganen. Voorts blijkt dat de ziekten van de ademhalingsorganen (hoofdzakelijk chronische bronchitis met of zonder verschijnselen van emphyseem) een duidelijke rol spelen bij de oudere groep, waardoor de arbeidsgeschiktheid wordt beperkt.
Bij de invloed van de beroepen blijkt ook hier, dat personen uit de oudere leeftijdsgroep zware lichamelijke arbeid en arbeid onder ongunstige arbeidsomstandigheden in mindere mate kunnen volhouden. Dit is vooral duidelijk bij de bouwvakarbeiders, het landbouwpersoneel en de losse arbeiders. Bij deze beroepen zijn het telkens weer de ziekten van het circulatie-apparaat, van de ademhalingsorganen en van de bewegingsorganen, die tot beperking van de arbeidsgeschiktheid leiden. Dit treft hoofdzakelijk degenen die als grondwerker, opperman of landarbeider zware arbeid hebben verricht.
Wanneer mag worden aangenomen, dat zware lichamelijke arbeid en arbeid onder ongunstige omstandigheden (vooral het werk in koude en vochtigheid in de buitenlucht) bij lijders aan de genoemde ziekten arbeidsongeschiktheid in de hand werkt, dan volgt hieruit dat een onderzoek naar mogelijkheden van plaatsing in minder zware arbeid en onder gunstiger arbeidsomstandigheden in de revalidatie van deze patienten niet mag ontbreken. Scholing en omscholing kunnen een belangrijke functie ver-

vullen in de arbeidsrevalidatie van patienten met deze ziekten uit deze beroepsgroepen. Uiteraard zal scholing bij personen van 45-49 jaar reeds moeilijk worden en in de oudste leeftijdsgroepen slechts bij uitzondering voorkomen. Voor de jongere groepen heeft scholing veel meer reële mogelijkheden. Wanneer in verband met de naderende invaliditeit - die uit dit onderzoek is gebleken - doeltreffende revalidatie-maatregelen worden voorgesteld, dan zal dit moeten geschieden in de tijd, waarin de symptomen zich vroeg openbaren. Afwachten tot invaliditeit tot beroepsverandering dwingt kan in vele gevallen een gunstig tijdstip voor omscholing voorbij laten gaan. In het belang van de patienten dient in een vroeg stadium van een chronische of progressieve aandoening te worden overwogen of voortzetting van het beroep verantwoord is. Een psychologisch onderzoek is noodzakelijk om de aanleg en de geschiktheid voor andere, meer passende beroepen vast te stellen. Dit onderzoek, dat in Nederland nog onvoldoende tot ontwikkeling is gekomen, zou tot verantwoorde scholing en omscholing kunnen leiden, waaraan plaatsing in passende arbeid moet aansluiten. Hierdoor kan voortijdige invaliditeit worden beperkt. Het advies omtrent scholing of omscholing zal door een team van deskundigen moeten worden gegeven om het multidisciplinaire karakter van de revalidatie tot zijn recht te doen komen. De verschillende deskundigen die bij de dienst voor de arbeidsvoorziening aanwezig zijn, waaronder de geneeskundigen, kunnen hierbij een belangrijke bijdrage leveren. Het is een verheugend verschijnsel dat er reeds een grotere samenwerking is ontstaan tussen arbeidsbureaus en uitvoeringsorganen van de Ziektewet, om gezamenlijk tijdig de noodzaak voor beroepsverandering en de mogelijkheden daarvan te bepalen. Deze praktijkervaring is nog van te recente datum om in dit onderzoek tot uitdrukking te kunnen worden gebracht.

Voor de plaatsing in passende arbeid zal overleg en samenwerking met de bedrijfsartsen geboden zijn. De aanstellingskeuring dient er op gericht te zijn of de werkzoekende de gestelde taken naar behoren en zonder schade voor eigen gezondheid kan verrichten. De medische begeleiding van de arbeidsbemiddeling dient zodanige adviezen aan de bemiddelingsambtenaren te geven, dat de bemiddelingspogingen verantwoord zijn.

Samenwerking met andere medische diensten, die bij de uitvoering van de sociale verzekering zijn betrokken, is dringend geboden, ook als de veranderingen die in deze wetgeving in voorbereiding zijn, tot stand zijn gekomen. (W.A.O.)

Het sociaal-geneeskundig element is thans dermate een onderdeel van de arbeidsvoorziening geworden, dat een geintegreerde medische afdeling bij het uitvoeringsorgaan niet meer kan worden gemist; naast de plaats van de sociaal-geneeskundige bij beroepskeuzevoorlichting en bij de selectie voor vakopleiding, moet het geneeskundig element worden erkend in de beroepsrevalidatie van minder validen.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The purpose of this investigation was to determine which place socio-medical activities have, and should have, in the organisation of an employment service, as this has developed in the post-war years. For it is the task of the employment service to take care that manpower meets, in quality as well as in quantity, the demands of the labour market. This implies that the employment service should investigate the qualities of the labour supply and the requirements on the part of the employers. Primarily, the worker's skill was assessed. The appreciation of psychological structure and physical condition came later. At present there is no doubt about it, that the employment service is in need of an assessment of the physical condition of those seeking employment in respect of the physical demands of the jobs for which they apply. This does not mean that everyone, who registers at an emploument office should submit to a medical examination. On the contrary, it should be determined which persons can be referred for employment on the basis of their vocational skill only, and those, whose physical condition should be subject to a medical assessment. This medical assessment is in the first place needed for persons who are known or suspected to be suffering from physical or mental diseases or disorders, including those who are considered to be disabled. A medical assessment is furthermore required for those in need of vocational training. In the Netherlands this medical examination is carried out by the doctors of the medical department of the National Employment Service. They work in close collaboration with other medical and socio-medical services.

The medical department of the National Employment Service started its activities in 1956 and was gradually extended to all employment offices in the country in 1960. The medical examinations by the doctors of this department are for the greater part carried out in relation to placement in normal employment; medical examinations for vocational guidance and for vocational training had insufficiently developed in 1960, and have, therefor, not been worked out in this investigation.

Since placement was the reason for asking a medical advice, the course of employment may be used as a standard for the result achieved. The working ability of those seeking employment has been determined in relation to the diseases from which they were found to be suffering, the age of the persons examined and the occupation they carried out before the medical examination.

It has been possible to evaluate from the forms of the inquiry, whether the course of employment was in line with the medical advice. This relationship was only of value in the cases, where placement had been achieved by the employment office. In discussing the placement of the persons suffering from diseases of the circulatory system and of those belonging to the agegroup of forty to fifty years, it has already been shown that, in general, there was a good harmony between the medical advice and the result of the activity of the employment office. In very few cases the type of work performed seemed to be more strenuous than was advisable according to the medical opinion. The investigation shows on the other hand that a limited number of persons had been placed in sheltered employment, although the necessity of such placement did not follow from the doctor's advice. In such cases it was either the age of the person concerned or his social conduct which proved to be a hindrance for placement in normal employment.

It is of particular importance to note that the persons who were medically examined, were always expected to be able to carry out some kind of work. In this way the group of persons examined is not representative for the group of persons suffering from any particular disease, for any age group or for any occupational group, because those who are fully

unable to work are not included amongst the persons who register with an employment office. For this investigation the course of employment of the persons examined in 1960 was studied. The survey was made in 1963 and covers the interjacent years. These years were marked by full employment. In this overstrained situation of the labour market the unemployed consisted for the larger part of persons of reduced employability, including the disabled. We are of the opinion, that the situation of the labour market during the period under review has been favourable for this investigation, since the employment opportunities for the disabled remained unchanged because of the continued upward movement of the economic situation. This overstrained labour market permitted many disabled persons who were capable of a reasonable workperformance, to pass on to normal employment. Those who could not work under normal conditions were placed, as much as possible, in sheltered employment. Only those who were by medical judgment considered to be unfit could not be placed in regular work.

The favourable economic situation also exercised its influence on sheltered employment, to the effect that industry provided the sheltered workshops with ample work, and thereby increased the scope of placement for the severely diabled. In case of a recession of the labour market the number of unemployed persons with physical handicaps would increase. Likewise the amount of work for the sheltered workshops would decrease, and, consequently, the number of employment opportunities for disabled. A certain number of disabled persons would be prevented from participating in regular employment. However, for those who become unemployed because of a recession in the labour market, the reason of their unemployment is not primarily found in their physical condition, but in the economic situation. The different forms of work possibilities: placement in normal employment placement in sheltered employment and unemployability may therefore be considered as a standard of fitness for employment.

The appraisal of working ability is made at the National Employment Service by comparing the physical and mental capabilities with the job requirements. This appraisal is based on the jobanalyses, as they are made by the job analysts of the National Employment Service, in collaboration with the medical officers. The medical report for the placement officer is built up according to the same categories of physical requirements and working conditions; in this way the job analyst, the doctor and the placement officer use the same terminology. This allows with reasonable certainly to determine, whether a disabled person will be fit for a certain type of employment, or whether a certain type of employment could be considered appropriate and could be executed by certain groups of disabled persons. In the individual case, naturally, there should be combined consultation.

The divisions of the International Statistical Classification of Diseases and Causes of Death have been used for the examination of the causes of disablement. It has been found that the following divisions are the most frequent: psychoses, psychoneuroses and psychopathological disorders; diseases of the nervous system and the sense organs; diseases of the heart and the circulatory system; and diseases of the organs of movement. In nearly 25 per cent of the cases two or more disorders were found to have different aetiologies.

The repartition of subcategories shows clearly that the diseases of the heart and chronic arthritis and arthrosis are the most frequent groups of diseases in men, whereas in women the psychoneuroses preponderate. The number of women covered by this investigation is too small for statistical compilation; statistical data in this investigation therefore relate only to men.

The spreading of age groups of the persons who were medically examined is in broad outline comparable with that of persons registered with the employment offices. The older agegroups (50-64 years of age) is in both groups well over forty per cent. This agegroup reaches only twenty per cent in the male working population (census 1960).
In this census all agegroups under forty years include proportionally a much larger part than in the corresponding agegroups registered with the employment office. At the employment office the spreading of age-groups shows a definite tendency to preponderance of the older groups. This preponderance can already be noted in the group of 40 to 50 years of age. Statistical data on the duration of registration of unemployed persons give also evidence of preponderance of older agegroups. Only 25 per cent of the agegroup 40 to 49 found employment within one month; one third was registerd for a period of longer than twelve months. In the agegroup 50 to 64 years only twenty per cent was placed in employment in less than one month, and for more than forty per cent the period of registration was more than one year. Both observations lead to the conclusion that the employee of advancing age increasingly needs the assistance of the employment office to find suitable employment.
As regards the occupations practised by the persons who were medically examined, it may be stated in general that the workers in the building and in the metal industry, the agricultural workers, the personnel in hotels, the transport workers and the unskilled workers are the most frequent occupational groups. The proportional spreading over occupational groups in the total of examined persons differs from the total of registered unemployed. Higher percentages of medically examined workers occurred among building workers, metal workers and unskilled workers. Within these occupations persons with limited occupational skill appear to have greater difficulties in finding employment. Because of the markedly changing influence of different causes of disability on the working capacity, and the diversity of requirements of the various occupations it could not be expected that a general survey of the course of employment of all examined persons would deepen the insight into the problems of working ability and placement of disabled persons. The reasons of being unfit will change from category to category, and must therefore be examined for each category separately. For this investigation the working ability and the course of employment have been assessed for those who suffered from a disease of the heart or of the circulatory system, and for the persons of the agegroup from forty to fifty years of age.

With the persons suffering from heart diseases it was possible to analyse the cases that formed part of certain important diagnostic groups, as the nature was sufficiently clear from the codification, and their number was large enough for statistical examination. These diagnostic groups are arteriosclerotic diseases of the heart and diseases of the coronaria, myodegeneratio cordis, hypertension, diseases of the periferal arteries, and varicosis of the lower limbs. For each of these diagnostic groups the age spreading is different. Hypertension and varicosis occur in a fairly great number of cases in younger people (under forty years); the other diseases are found mostly in the older groups. Persons belonging to the younger agegroups show a tendency to return to the occupation which they practised before, and to find employment themselves. The activity of the employment office becomes more important when a change of occupation is indicated. It seems, therefore, that the easier kinds of placement, viz. younger persons in occupations they know, can be realised by the persons concerned. When the working ability is more seriously impaired by the nature of the

disease and by advancing age, the employment office was in many cases capable of finding suitable employment. It has been observed in persons over fifty years of age that the possibilities of finding employment decrease, and that the assistance of the employment office is more and more needed. The placement in sheltered employment also indicates that the diseases of the heart and the circulatory system seriously interfere with the working ability. Nevertheless, this investigation has shown that a considerable number of persons from the older agegroup could find suitable employment through the intervention of the employmen office. Part of these persons could be placed in normal employment; work in sheltered employment proved to be medically and socially justified for others.

The investigation of the agegroup of forty to fifty years was possible by comparing the group 40 to 44 years with the group 45 to 49 years. The course of employment of these groups was specially examined in order to ascertain whether an explanation could be found for the increasing difficulties in placement. Both in the causes of disability and in the occupations we have found indications that contribute to an explanation of this position. There is also a greater number of persons in the older group. The higher frequency of diagnostic groups is mainly found in the diseases of the heart and of the circulatory system, and in the diseases of the of the organs of movement. Furthermore, it becomes clear that the diseases of the respiratory system (mainly chronic bronchitis with or without signs of emphysema) play an important role in limiting employability in the older group.

The influence of the different occupations shows again that persons of older age are less fit to exercise heavy manual work and work under difficult working conditions. This is particularly evident in workers employed in the building industry, agricultural workers and unskilled workers. In these occupations, the diseases of the heart, the respiratory organs and the organs of movement in particular lead to disability, especially of those who have done heavy unskilled work, e.g. as a navvy, bricklayer's helper or farmhand.

If we assume that heavy manual work and work under unfabourable conditions (especially cold and wet work in the open air) are promotive of unemployability in persons suffering from the above-mentioned diseases, it may follow that an investigation into the possibilities of placement in less strenuous work and under more fabourable working conditions cannot be omitted in the rehabilitation of these patients. Vocational training may play an important role in the vocational rehabilitation of patients suffering from these diseases and forming part of the occupational groups mentioned above. Vocational training and retraining will be difficult for persons aged 45 to 49 years, and will be exceptional for older persons. In the younger categories vocational training certainly offers more possibilities. If in view of the impending disability - which appeared from this investigation - effective measures for rehabilitation are proposed, they should be taken in an early stage of the disease. If disability forcibly leads to a change in employment, the most favourable time for vocational rehabilitation generally has elapsed. In the interest of the patients it is necessary to consider in the early stages of chronic or progressive diseases whether the continuation of the occupational activity is justified. Psychological tests are indispensable in order to determine the aptitude and ability for other, more suitable occupations. These tests - which are still insufficiently developed in the Netherlands - could lead to an adequate form of vocational training and retraining, which should be followed by placement in suitable employment. Through this procedure premature disability can be restricted.

The advice on vocational training or retraining will have to be given by a team of experts, so that the various aspects of rehabilitation can be taken into account. The experts who are connected with the employment service, including the medical officers, may make an important contribution in this respect.
Furthermore, it may be noted that growing collaboration is developing between the employment offices and the organisations implementing the Act on Sickness Insurance, in order to determine jointly the need for and the possibilities of a change of occupation. This experience has only been gained recently, so that it could not yet be reflected in this investigation.

For the placement in suitable employment the collaboration with the industrial physician is likewise needed. The purpose of pre-employment medical examinations should be to find out whether the applicant is capable of performing his task properly, without risks for his own health. The medical supervision of the employment service should guide the placement officer is such way, that they refer disabled persons to suitable vacancies.

The socio-medical considerations are at present such an essential element of the employment service, that a medical department should form part of the organisation of the employment office. This socio-medical element should be recognised not only in vocational guidance activities and in the selection for vocational training, but in the whole process of vocational rehabilitation of the disabled.

* * * * *

Resultaat van geneeskundig onderzoek

Bijlage

Naam ..... Geslacht m/v Geboortedatum .....

Woonplaats ..... Adres .....

Huisarts ..... Woonplaats ..... Telef. .....

Beperkingen in de lichamelijke verrichtingen:

.....

.....

.....

.....

Beperkingen in de arbeidsomstandigheden:

.....

.....

.....

.....

Lichamelijke verrichtingen	Neen	Beperkt	Arbeidsomstandigheden	Neen	Beperkt
1 Zitten			31 Buiten		
2 Staan			32 Binnen		
3 Lopen			33 Niet-passende ventilatie		
4 Trappen lopen			34 Heet		
5 Klimmen			35 Koud		
6 Evenwicht houden			36 Plotselinge temp. wisseling		
7 Hurken			37 Droog		
8 Knielen			38 Vochtig		
9 Kruipen			39 Nat		
0 Buigen			40 Vuil		
1 Heffen			41 Stoffig		
2 Dragen			42 Stank		
3 Zwaaien			43 Trillingen		
4 Boven het hoofd werken			44 Lawaai		
5 Trappen			45 Nauwe ruimten		
6 Hanteren			46 Hoge plaatsen		
7 Met vingers werken			47 Stralende energie		
8 Voelen			48 Giftige omstandigheden		
9 Zien			49 Bewegende voorwerpen		
0 Kleuren zien			50 Mech. ongevallen Brandwonden		
1 Diepte zien			51 Electriche ongevallen		
2 Spreken			52 Werken met anderen		
3 Horen			53 Werken tussen anderen		
4 Arbeidstempo			54 Alleen werken		

Algemene opmerkingen: .....

.....

.....

.....

.....

Advies inzake geneeskundige behandeling of revalidatie: .....

.....

Advies inzake plaatsing in beschutte arbeid:

niet nodig; wenselijk; noodzakelijk

.....

.....

Revisie-onderzoek:

.....

Diagnose en letsel code:

Voornaamste aandoening: .....

Bijkomende aandoeningen: .....

Plaats: .....

Datum: .....

RIJKSARBEIDSBUREAU

Bijlage

LICHAMELIJKE-EISENFORMULIER

Naam van de functie: ..... Naam van het bedrijf: .....

.....

Lichamelijke verrichtingen		Arbeidsomstandigheden	
___1 Zitten	___16 Hanteren	___31 Buiten	___46 Hoge plaatsen
___2 Staan	___17 Met vingers werken	___32 Binnen	___47 Stralende energie
___3 Lopen	___18 Voelen	___33 Niet-passende ventilatie	___48 Giftige omstandigheden
___4 Trappen lopen	___19 Zien	___34 Heet	___49 Bewegende voorwerpen
___5 Klimmen	___20 Kleuren zien	___35 Koud	___50 Mechanische ongevallen/ brandwonden
___6 Evenwicht houden	___21 Diepte zien	___36 Plotselinge temp.wisseling	___51 Elektriciteits-ongevallen
___7 Hurken	___22 Spreken	___37 Droog	___52 Werken met anderen
___8 Knielen	___23 Horen	___38 Vochtig	___53 Werken tussen anderen
___9 Kruipen	___24 Arbeidstempo	___39 Nat	___54 Alleen werken
___10 Buigen	___25	___40 Vuil	___55
___11 Heffen	___26	___41 Stoffig	___56
___12 Dragen	___27	___42 Stank	___57
___13 Zwaaien		___43 Trillingen	
___14 Boven het hoofd werken		___44 Lawaai	
___15 Trappen		___45 Nauwe ruimten	

Toelichting bij de lichamelijke verrichtingen:

Toelichting bij de arbeidsomstandigheden:

5000 - II - '62 206518⁰ - 80ᵉ

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

1. Sir WILLIAM BEVERIDGE:
   Social Insurance and allied Services, London 1942

2. B. BINK:
   Het lichamelijk prestatievermogen van cardiologische patienten. Leiden, 1959.

3. B. BINK, F. H. BONJER en H. VAN DER SLUIJS:
   Het physiek arbeidsvermogen van de mens. Tijdschr. v. Efficiency en documentatie, September 1961. 961.

4. G. C. E. BURGER:
   De betekenis van kwantitatieve meting en functionele beoordeling van arbeidsbelasting n belastbaarheid voor de praktische bedrijfsarts. Tijdschr. en Sociale Geneeskunde, 1959, p. 377.

5. G. C. E. BURGER en G. A. HARTEN:
   Arbeidsbelasting en arbeidshypertensie. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1957, p. 946.

6. M. CURFS:
   Arbeids(on) geschiktheid van hartpatienten. Tijdschr. v. Sociale Geneeskunde, 1963, p. 373.

7. W. F. DETIGER:
   De vraagstukken der arbeidsmarkt. Amsterdam, 1922.

8. G. C. J. DUIJKER:
   Om de toekomst van het beroepskeuzewerk. Sociaal Maandblad Arbeid, 1958, p. 241.

9. A. D. ERKELENS:
   Overlevingskansen bij hartinfarct. Verzekerings-Archief, 1964, p. 70.

10. S. FORSSMAN:
    Pre-employment and periodical health examination, job-analysis and placement of workers. Bulletin W. H. O., 1955, p. 495.

11. G. J. FORTUIN:
    Het bepalen physieke belasting, Tijdschr. v. Sociale Geneeskunde, 1959, p. 389.

12. H. L. GEVERS:
    De verhouding tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Sociaal Maandblad Arbeid, 1954, p. 71.

13. B. GEWIN:
    Arbeidsbeurzen. Utrecht, 1898.

14. G. J. GOEDHART en A. ROETERINK:
    De ontwikkeling der arbeidsbemiddeling in Nederland. Amsterdam, 1929.

15. B. HANMAN:
    Physical capacities and job placement, Stockholm 1951.

16. L. HEYERMANS:
Placement de la main d'oeuvre de valeur inférieure.
Vierde internationaal congres voor ongevallengeneeskunde en beroepsziekten. Amsterdam, 1925, Verzameling der voordrachten in de plenaire zittingen, p. 83.

17. K. HOLLDACK:
Begutachtung Herzkranker. Tijdschr. v. Sociale Geneeskunde, 1963, p. 719.

18. H. HOSKE:
Wiederherstellung der Lebenstüchtigkeit, geschädigter Menschen, Arbeit und Gesundheit, Neue Folge Heft 56, 1955.

19. F. A. VAN DER HOUT:
Over wezen en doel der arbeidsbemiddeling. 's-Hertogenbosch, 1947.

20. P. HÜLSMANN:
Ärztliche Begutachtung der Leistungsfähigkeit von Arbeitssuchenden und Arbeitslosen. Stuttgart, 1960.

21. A. L. C. KNOOK:
Oudere arbeidskrachten. 's-Gravenhage, z. j.

22. W. L. P. M. DE KORT:
De arbeidsbemiddeling in Nederland, Alphen a/d Rijn, 1946.

23. C. A. KRUIS:
Het samenspel van arbeidsbemiddeling en beroepenclassificatie in de praktijk. Sociaal Maandblad Arbeid, 1954, p. 355.

24. H. LATOUR et P. PUECH:
Le dépistage des états cardio-vasculaires chroniques en médecine du travail: bilan clinique et fonctionnel; équipement et liaisons nécessaires. IVe Journées nationales de Médecine du Travail, Montpellier, 5, 6 et 7 Mai 1955, Rapports, p. 28-61.

25. T. A. LLOYD DAVIES:
The employment of elderly persons. Bulletin W. H. O., 1955, p. 595.

26. D. R. MANSHOLT:
De nieuwe gebeidsindeling der gewestelijke arbeidsbureaus. Sociaal Maandblad Arbeid, 1964, p. 535.

27. A. M. MASTER:
The two-step test of myocardial function. The American Heart Journal, 1935, p. 495.

28. H. A. M. MOESKOPS:
De werkloosheid in haar verschillende vormen. Sociaal Maandblad Arbeid, 1957, p. 741.

29. P. MUNTENDAM:
Sociale Geneeskunde 1937 - 1 december - 1962, Tijdschr. v. Sociale Geneeskunde, 1962, p. 699.

30. C. L. C. VAN NIEUWENHUIZEN:
Over de revalidatie van hartpatienten. Tijdschr. v. Sociale Geneeskunde, 1964, p. 913.

31. J. H. R. VAN DER PAS:
Validiteitsschattingen. Assen, 1964.

32. RIJKSARBEIDSBUREAU:
Arbeidsmarktbeschrijving 1960, 1961, 1962.

33. RIJKSARBEIDSBUREAU:
Classificatie van de beroepen naar hun onderlinge verwantschap. 's-Gravenhage, 1952

34. RIJKSDIENST VOOR DE WERKVERRUIMING:
Jaarverslag 1938/1939.

35. H. A. SNELLEN:
Ziekteverloop bij angina pectoris en hartinfarct. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1961, p. 1125.

36. STAATSCOMMISSIE INZAKE ONVOLWAARDIGE ARBEIDSKRACHTEN:
Verslag, 's-Gravenhage, 1938.

37. STAATSCOMMISSIE OVER DE WERKLOOSHEID:
Eindverslag, deel IX, p. 597, 's-Gravenhage, 1914.

38. J. J. STOUT, W. E. MOSHER and E. C. LAMBERT:
Status of congenital heart disease. Patients 10 to 15 years after surgery. Public Health Reports, May 1964, volume 79, numer 5, p. 377.

39. J. S. STRATINGH:
Samenleving en verminderde arbeidsgeschiktheid. Haarlem, 1953.

40. J. TH. WESTHOFF:
De directe mogelijkheden der werkverschaffing bij de werkloosheidsbestrijding. Rapport, 's-Gravenhage, 1938.

41. E. H. M. WIJNMALEN:
Diabetes en arbeid. Assen, 1959.

42. R. ZEVEN:
Behandeling van dreigend gangreen. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1961, p. 2401.

43. - - - -
Rehabilitation of Patients with cardiovascular Diseases. Report of a W. H. O. Expert Committee. World Health Organization, Technical Report Series No. 270, Geneva, 1964

44. - - - -
Sleutels en schakels. Gedenkboek uitgegeven door het Comité Gedenkboek Gewestelijk Arbeids Bureau Amsterdam, Amsterdam, 1958.

45. - - - -
Sterfte aan hartvaatziekten 1954 - 1956, 1958 - 1960. (uit Epidemiological and vital statistics report W.H.O., 1963), Tijdschr. v. Sociale Geneeskunde, 1963, p. 433.

46. - - - -
Verslagen van de Internationale Arbeidsconferentie, 1948, 1949, 1950 en 1961.

* * * * *

STELLINGEN

I

De beoordeling van de lichamelijke toestand van een werkzoekende, valide of minder-valide, is van essentiële betekenis voor de arbeidsvoorziening, in het bijzonder met betrekking tot beroepskeuzevoorlichting, vakopleiding en arbeidsbemiddeling.

II

Zowel bij beroepskeuze als bij studiekeuze, welke reeds op bepaalde beroepen of beroepsgroepen is gericht, dient een medische beoordeling met betrekking tot het gewenste beroep plaats te hebben. Medewerking van schoolartsen zal noodzakelijk zijn om verantwoorde beroepskeuzevoorlichting te geven aan kinderen, die op grond van hun lichamelijke of geestelijke toestand aan een dergelijk advies dringend behoefte hebben.

III

In de gevallen waarin bij werkenden chronische of progressieve aandoeningen worden vastgesteld, dient vroegtijdig te worden besloten of het voortzetten van de beroepsuitoefening verantwoord is, dan wel dat tot beroepsverandering dient te worden overgegaan.

IV

Het is noodzakelijk dat de arts die een sociaal-geneeskundige functie gaat vervullen geruime tijd curatieve medische arbeid zelfstandig heeft verricht; het moet als een gemis worden beschouwd dat een periode van zelfstandige werkzaamheid niet is opgenomen in de criteria voor de registratie als sociaal-geneeskundige.

V

Bij de bestrijding van infectieziekten bij buitenlandse arbeiders, en inzonderheid wanneer het tuberculose betreft, is de vrijwillige inspanning van de betrokken medische organen voor preventie en behandeling belangrijker dan wettelijke bepalingen inzake de toelating van vreemde arbeidskrachten tot het Nederlandse grondgebied.

VI

Alvorens een patiënt voor langdurige internering in een verpleeginrichting voor psychiatrische patiënten wordt opgenomen, dient hij in een clinisch centrum te worden geobserveerd, opdat de juiste diagnose wordt gesteld, adaequate therapie wordt voorgeschreven en wordt nagegaan of de plaatsing in de voorgenomen verpleeginrichting voldoet aan de eisen van het individuele geval.

VII

Bij de vestiging van inrichtingen voor verpleging van psychiatrische patiënten dient een zodanige geografische spreiding te worden bereikt, dat de patiënt nabij zijn woonplaats kan worden verpleegd. Dit is in het bijzonder van betekenis voor de thans in ontwikkeling zijnde oprichting van inrichtingen, die bestemd zijn om de her-opneming in het maatschappelijke leven van deze patiënten voor te bereiden.

VIII

Nu de kunsthartoperatie betere overlevingskansen geeft bij jonge kinderen, dient bij de tetralogie van FALLOT aan de primaire totale correctie de voorkeur te worden gegeven.

IX

Het gebruik van pneumatisch bestuurde prothese dient beperkt te blijven tot gevallen van dubbelzijdige hoge bovenarm amputatie of exarticulatie in het schoudergewricht, benevens tot gevallen van lagere en eenzijdige amputaties, wanneer hierbij de controle van de prothese door kabeloverbrenging om een bijzondere reden niet mogelijk is.

X

Bij de traanwegstenose van neonati is vroegtijdig sonderen de aangewezen therapie.

XI

Bij patiënten beneden de leeftijd van 60 jaar die aan de ziekte van PARKINSON lijden is coagulatie van de nucleus ventro-lateralis thalami aangewezen, wanneer medicamenteuze therapie niet spoedig resultaten geeft.

XII

Wanneer een patiënt, die lijdende is aan rheumatoïde arthritis, verschijnselen vertoont van thrombophlebitis in de onderste ledematen, moet er aan worden gedacht, dat een afwijking in het kniegewricht de oorzaak van deze verschijnselen kan zijn.

H. A. de Boer, 29 April 1965.